

Tumeurs Dermoides de la Cornée et de la Conjonctive

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

Le 19 Janvier 1938

PAR

ROBERT GUIGNOT

EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (concours 1931)
INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (concours 1934)
LAURÉAT DE LA FACULTÉ
PRIX SWIECICKI
DIPLOMÉ D'HYGIÈNE

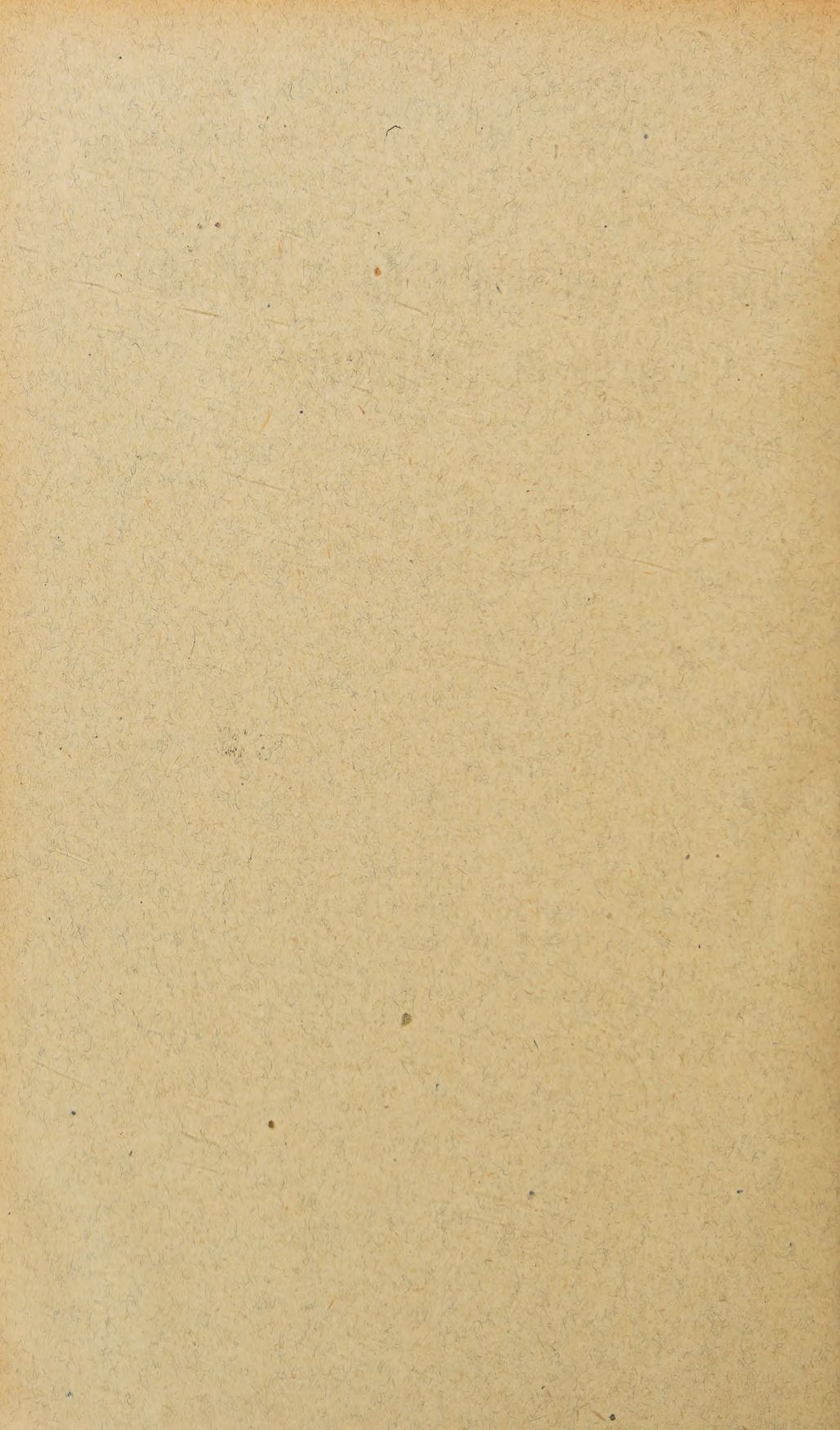
Né le 13 Novembre 1910 à Avignon

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. VILLARD, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		MASSABUAU, professeur.		
		VIDAL, professeur.		
		DEJEAN, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ
(PIERRE-ROUGE)

1938





Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 10

Tumeurs Dermoides de la Cornée et de la Conjonctive

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

Le 19 Janvier 1938

PAR

ROBERT GUIGNOT

EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (concours 1931)

INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (concours 1934)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

PRIX SWIECICKI

DIPLOMÉ D'HYGIÈNE

Né le 13 Novembre 1910 à Avignon

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS
DE LA THÈSE

MM. VILLARD, professeur. *président.*
MASSABUAU, professeur.
VIDAL, professeur.
DEJEAN, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ

(PIERRE-ROUGE)

1938

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	L. HÉDON
Chimie biologique et médicale et toxicologie.....	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGÈS.
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale.....	GIRAUD.
Clinique chirurgicale.....	RIMBAUD.
Clinique obstétricale	MASSABUAU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE.
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge.....	P. DELMAS.
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIÈRE, <i>doyen</i>
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT.
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT.
Clinique gynécologique	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LAPEYRE.
Radiologie (ch. de c.).....	N...
Anatomie (ch. de c.).....	TERRACOL.
Histologie (ch. de c.).....	LAMARQUE.
	LAUX.
	GRANEL.

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TÉDENAT, VALLOIS, FORGUE, ESTOR,
BERTIN-SANS GALAVIELLE, BOSC, VIRES, VILLARD, CABANNES.

Chargés de cours complémentaires

Pathologie externe	AIMES.
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRÈRA.
Clinique phthisiologique.....	BOUDET, prof.
Clinique propédeutique médicale.....	BAUMEL.
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON.
Stomatologie.....	D ^r WATON.
Ophtalmologie	DÉJEAN.
Matière médicale	Dr HARANT.

Agrégés en exercice

Médecine.....	MM. JANBON	Chirurgie.....	MM. AIMES.
	BAUMEL		MOURGUE-MOLINES.
	P. RIMBAUD		GUIBAL.
			ROUX.
		Obstétrique	COLL DE CARRERA
		Bactériologie.....	CARRÈRE.
		Ophtalmologie.....	DÉJEAN.

Examineurs de la thèse

MM. VILLARD, prof., <i>président</i> .	MM. VIDAL, professeur.
MASSABUAU, professeur.	DÉJEAN, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE

Ancien Interne des Hôpitaux de Montpellier.

AVANT-PROPOS

Au cours de dix années de vie universitaire nous n'avons pas été sans contracter plusieurs dettes de reconnaissance, nous voulons nous en acquitter ici.

Monsieur le Professeur MARGAROT, puis Monsieur le Professeur RICHE, nous ont accueilli au seuil de l'externat et nous avons pu apprécier dans leurs services la haute valeur de leur enseignement.

Monsieur le Professeur LAPEYRE a bien voulu nous marquer la plus grande bienveillance, qu'il trouve ici l'assurance de toute notre reconnaissance.

Nous adressons à Monsieur le Professeur RIMBAUD l'expression de notre très respectueuse gratitude, nous lui devons la meilleure partie de notre formation médicale et nous regrettons de n'avoir pu davantage encore nous dire son élève.

Pendant notre passage à l'internat des Asiles, le Docteur HUGUES a bien voulu nous initier à la psychiatrie avec l'amabilité qui lui est coutumière.

Nous avons reçu de Monsieur le Professeur MASSABUAU, au cours de notre internat, et de Monsieur le Professeur agrégé GUBAL, des conseils et un enseignement chirurgical dont la portée ne nous a pas échappé, nous leur adressons nos sentiments très respectueux.

Monsieur le Professeur LEENHARDT nous a, avec beaucoup d'affabilité, fait profiter de précieuses notions cliniques et de sa haute compétence.

Il nous a été très agréable d'être admis à apprécier l'érudition si variée de Monsieur le Professeur Paul DELMAS.

Monsieur le Professeur VILLARD a consenti à présider notre thèse, c'est pour nous un devoir particulièrement agréable de remercier celui qui a décidé de notre vocation ophtalmologique. Ses profondes qualités professionnelles et sa très grande bonté resteront toujours présentes à notre esprit.

Notre Maître, Monsieur le Professeur agrégé DÉJEAN, nous a guidé au cours de ce travail, il a bien voulu nous accorder l'honneur de nous faire participer à quelques-unes de ses recherches et ce n'est pas sans un certain regret que nous quittons le service d'Ophtalmologie. Nous lui exprimons notre profonde reconnaissance et toute notre admiration.

Monsieur le Docteur VIALLEFONT nous a toujours témoigné une inépuisable complaisance, nous ne saurions trop nous souvenir de ce que nous lui devons.

Il nous reste à évoquer ceux qui, avec un dévouement et une compétence jamais démentie, nous ont préparé pendant de longues soirées au concours d'Internat, nous voulons dire Monsieur le Professeur VIDAL, Monsieur le Professeur agrégé AIMES et Monsieur le Docteur ESTOR ; nous les prions tous trois d'accepter nos bien réels remerciements.

Nous n'aurions garde d'oublier ici Monsieur le Docteur GUIBERT dont les conseils nous furent très utiles.

Nous remercions enfin les nombreux auteurs étrangers qui ont bien voulu nous répondre et nous communiquer leurs documents.

Nos camarades d'Internat savent que nous n'oublierons pas les années passées en commun ; elles créent des liens que le temps ne saurait effacer.

INTRODUCTION

L'étude des tumeurs dermoïdes de la conjonctive et de la cornée présente un intérêt incontestable dû à des facteurs divers. D'une part, leur rareté a rendu assez difficile l'étude clinique et symptomatique ; d'autre part, les examens anatomo-pathologiques se comptent. Nous n'aurions garde d'oublier la délicate question de la pathogénie, restée encore en suspens.

Il nous a semblé intéressant, dans une première partie analytique et après l'exposé de notre cas, tout d'abord de reproduire *in extenso* certaines observations complètes et publiées isolément de tumeurs dermoïdes ; de résumer ensuite en un tableau synoptique toutes les observations que nous avons pu trouver relatées dans la littérature. Nous avons compris dans cette étude les brides dermoïdes qui en relèvent logiquement.

Nous avons groupé à part les lipodermoïdes et nous avons résumé ou cité la plupart de ceux qui nous ont paru présenter quelque intérêt.

Enfin il nous a semblé intéressant de mentionner les tumeurs dermoïdes qui ont été constatées chez les animaux.

Dans une seconde partie synthétique, nous avons essayé d'étudier l'aspect clinique et anatomo-pathologique de ces tumeurs.

Après une courte discussion diagnostique, nous développons les différentes théories émises à ce sujet et nous insisterons sur la présence fréquente de malformations associées et sur leur valeur dans le choix des divers facteurs génétiques.

HISTORIQUE

Nous avons le droit de considérer comme relativement récente l'histoire des dermoïdes de la cornée et de la conjonctive.

Ces tumeurs bien curieuses ne passèrent certainement pas inaperçues autrefois, leur aspect si particulier suffisant à attirer les regards même les moins avertis. Cependant, si l'on voit rapportée par quelques anciens auteurs, l'existence de tumeurs au niveau de la cavité conjonctivale, il n'est nulle part fait mention de cette caractéristique essentielle et facile à vérifier des dermoïdes : la pilosité. Nos recherches personnelles ne nous ont pas permis de faire remonter l'historique des dermoïdes de la conjonctive au delà de MAUCHART.

C'est cet auteur (*in Cancerer*) qui rapporta le premier un cas de tumeur située à l'angle externe de l'œil et recouverte de poils qui, d'après lui, aurait été opérée à Paris par WOOLHOUSE en 1742.

Mais nous n'avons là qu'une simple mention, sans le moindre détail, et nous devons la première observation indiscutable à MASARS DE CAZÈLES qui dans le *Journal de Médecine* publia en 1766, près de 22 ans plus tard, un travail intitulé « Sur quelques hémorragies et notamment sur un poil qui a pris naissance dans le globe de l'œil gauche et qu'on a été obligé d'arracher plusieurs fois ».

Cet auteur, considérant le fait comme unique et singulièrement étrange, craignait fort de ne pas être cru, aussi fait-il précéder sa narration de commentaires pittoresques : « Si le sommeil des historiens de la nature n'est pas toujours moins fertile

en songe que celui des historiens des hommes, il n'en est pas moins vrai que ce qui passe quelquefois pour chimérique et pour fabuleux ne l'est souvent qu'aux yeux de l'inconséquent Pyrrhonisme ou de l'aveugle prévention. Le poil sur lequel je viens d'être consulté est une de ces singularités dont on peut tirer avantage pour ne pas se rendre incrédule mal à propos. »

« Il s'agit d'une petite tumeur blanche de la sclérotique, empiétant sur la cornée, plus grosse qu'une forte lentille. Vers l'âge de 14 ans, alors que le menton commençait à se couvrir de poils, il apparut au centre de la tumeur un poil rude comme du crin qu'on arracha plusieurs fois et qui toujours repoussa. »

On semble bien être en présence ici d'une tumeur dermoïde.

Ces deux observations primitives furent suivies d'un certain nombre d'autres, extrêmement difficiles à analyser. Aucune classification n'existant, chaque auteur employait des dénominations variées sous lesquelles on ne peut reconnaître avec quelque exactitude la nature de la tumeur.

La plupart des observations de cette époque ne peuvent donc être utilisées dans un travail scientifique. WARDROP essaya pourtant de mettre un peu d'ordre parmi les tumeurs siégeant sur le bulbe de l'œil, il réunit quatre observations inédites et à leur propos tente un essai de classification ; il distingue les tumeurs acquises et les congénitales et range les tumeurs recouvertes de poils parmi les *nævi materni*.

Le premier malade de WARDROP, un adulte, présentait à cheval sur la cornée et sur la sclérotique une tumeur conique, dure, adhérente et de consistance granuleuse ne paraissant pas vasculaire, elle ne portait pas de poils. Il n'est pas certain qu'il s'agisse là d'une tumeur dermoïde, cependant la situation et la consistance de cette masse plaident en faveur de cette étiologie.

Il n'en est pas de même des trois autres cas ; l'un fut montré à WARDROP par CRAMPTON de Dublin et l'on notait la présence d'une touffe de gros poils poussant sur un petit nodule au niveau de la sclérotique ; l'autre concernait un jeune homme de 15 ans portant à la partie externe du limbe scléro-cornéen une nodosité blanche et dure centrée par 2 poils ; dans le troisième communiqué par MONROE, on notait chez un homme de 50 ans une

formation congénitale lisse, pédiculée du volume d'un haricot et adhérente à la cornée. Vers l'âge de 16 ans cet homme avait vu pousser sur cette tumeur une douzaine de poils si longs qu'ils débordaient la paupière et venaient jusque sur la joue.

Après WARDROP, la question marque un temps d'arrêt. Quelques publications de WHITE COOPER, BARROW, DEMOURS, LOEW père et LOEW fils n'apportèrent aucun fait nouveau. DE LOEW père les appelle « *nævus spiliis* ou *trichosis congenita-conjunctivæ* », EDWARDS les nomme « *trichosis bulbi* ». D'autres les considèrent comme des accumulations graisseuses et les nomment « *nævus lipomatoïdes* », « *lipoma crinosum* ». Cette dernière appellation concerne probablement un lipodermoïde.

Il faut arriver à RYBA pour trouver la première monographie sérieuse. Cet auteur en effet réunit les diverses observations éparses, les critiques, montre leurs analogies. Il établit ainsi leur symptomatologie dont les caractères essentiels n'ont pas changé depuis, élucide la nature de l'affection ; enfin remarquant leur ressemblance avec la peau, il propose la dénomination de « dermoïde », terme adopté bientôt par tous les auteurs.

Nous ne pouvons citer ici tous les chercheurs qui après RYBA se sont intéressés à cette question, signalons seulement MACKENSIE, TALIAFÉRO, O. BECKER, HORNES, BIZET, MANZ, PAGENTESCHER, POLAILLON, DE WECKER, dont nous analyserons les travaux dans une autre partie de cet ouvrage.

Dans la thèse d'agrégation de PICQUÉ, « Anomalies de Développement et Maladies Congénitales du globe de l'œil », nous avons trouvé une remarquable documentation sur la plupart des cas antérieurs à 1886.

Nous devons citer également LAGRANGE qui dans le « Traité des Tumeurs de l'Œil » rapporte quelques observations personnelles et fait une étude générale de la question.

Le dernier travail d'ensemble est la thèse de TUAILLON où l'on trouve un certain nombre des cas publiés de 1886 à 1914.

Une affection si curieuse ne pouvait manquer de susciter les explications les plus diverses sur son origine et son mode de formation.

La première théorie pathogénique fut proposée par RYBA, acceptée d'emblée elle régna en maître pendant plus de 15 ans ; DE WECKER la défendit à son tour sans y apporter de sensibles modifications.

Mais peu à peu les conceptions embryologiques modernes et les connaissances acquises sur la spécificité tissulaire rendirent peu acceptable la vieille explication de RYBA. MANZ remania complètement la question. : en 1868, à l'occasion d'un malade atteint de lésions un peu particulières, il émit l'hypothèse fertile d'attribuer la genèse des dermoïdes à des brides amniotiques.

Si NUEL reviendra en partie à l'opinion de RYBA sous l'influence des travaux de PONCET de Cluny, VAN DUYSE et VASSEAUX accréditèrent encore la théorie de RYBA dans ses points essentiels.

Les débats ne sont pas encore clos et, quoique le rôle prépondérant des brides amniotiques soit admis, leur mode d'action reste toujours sujet à discussion.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE ANALYTIQUE

1^o OBSERVATION PERSONNELLE.

Le 19 décembre 1936, entre à la Clinique Ophtalmologique une jeune malade, A. G., âgée de 19 ans. Elle vient demander conseil au sujet de plusieurs tumeurs qu'elle présente depuis sa naissance au niveau des deux yeux.

L'interrogatoire de cette malade permet d'apprendre qu'elle a deux sœurs et un frère, tous en bonne santé, et que ses parents en excellente santé n'ont jamais présenté d'anomalies congénitales.

L'examen révèle par contre plusieurs particularités intéressantes : on observe tout d'abord une ankylose de l'articulation maxillaire ne permettant pas d'écarter les dents de plus d'un centimètre.

Au devant du conduit auditif externe gauche, une cicatrice cheloïdienne étendue révèle à la palpation l'existence de nodules cartilagineux, vestiges probables d'une oreille surnuméraire qui aurait été excisée plusieurs années auparavant.

A droite, au devant du tragus, une petite cicatrice est également perçue.

L'asymétrie faciale qui se constate à première vue porte surtout sur le maxillaire inférieur atrophié du côté gauche et sur le nez dont la cloison présente une nette déviation.

A l'auscultation, on entend un souffle systolique d'intensité moyenne dans la région apexienne se propageant vers l'aisselle.

La tension artérielle est de 13-9.

L'examen des autres appareils ne révèle rien de particulier.

Les épreuves sérologiques de la syphilis sont négatives et toutes les autres épreuves de laboratoire ont donné des résultats normaux.

L'examen oculaire met immédiatement en évidence des tumeurs bilatérales et symétriques conjonctivo-cornéennes.

Du côté droit la tumeur, bilobée, occupe l'angle externe de l'œil. L'un des lobes, l'inférieur, est le plus volumineux, gros comme une noisette, arrondi. Le supérieur, de forme ellipsoïde, entre en contact avec le premier, à quelques millimètres de la commissure des paupières.

Ils avancent tous deux jusqu'à la partie médiane de la fente palpébrale et disparaissent dans le cul-de-sac conjonctival.

Le lobe inférieur empiète sur le secteur inféro-externe de la cornée, obstrue une partie de la pupille en respectant la région centrale.

Le supérieur atteint seulement le limbe en un point.

La consistance de cette tumeur est ferme ; sur sa surface légèrement grenue, on voit un léger duvet brunâtre et plusieurs gros poils formant une sorte de touffe.

Du côté gauche l'aspect est à peu près identique ; mais les formations dermoïdes moins développées n'empiètent pas sur la pupille et s'arrêtent au limbe, en le dépassant cependant quelque peu.

L'étude de la fonction visuelle met en relief une importante diminution de l'acuité qui atteint seulement deux dixièmes de chaque côté.

Ces tumeurs indolores provoquent une gêne fonctionnelle notable.

Le 16 décembre 1936, on procède à l'ablation des deux tumeurs de l'œil droit.

Leur adhérence intime à la cornée rend leur dissection assez difficile et on ne peut éviter la production d'une ulcération cornéenne assez étendue, se colorant au bleu de méthylène.



a) Epithélium malpighien ; *b)* derme avec nombreux vaisseaux ;
c) bulbe pileux ; *d)* glandes sébacées ; *e)* hypoderme.

Le 29 décembre 1936, on pratique la même intervention sur l'œil gauche et l'on constate une adhérence également très intime au limbe et à la sclérotique.

Les suites opératoires se déroulent normalement, mais du côté droit un leucome persiste assez épais.

L'aspect extérieur de la malade est heureusement modifié du point de vue esthétique, mais la vision ne semble pas sensiblement améliorée.

Examen anatomo-pathologique pratiqué par M. le Dr GUIBERT.

L'examen histologique a porté sur une tranche de section totale de la tumeur envoyée.

La surface est revêtue par un épithélium pavimenteux stratifié du type malpighien. Deux particularités sont à noter dans sa structure : d'une part l'absence de couche cornée et d'autre part l'absence de crêtes interpapillaires, ce dernier fait paraît bien dû à la distension exagérée de la tumeur qui bombait vers l'extérieur.

Au-dessous du revêtement malpighien, on distingue deux zones conjonctivo-vasculaires d'aspect et de structure différents : la première, immédiatement au-dessous de l'épithélium superficiel, réalise la structure histologique habituelle du derme, avec des faisceaux conjonctifs très serrés, peu épais et sillonnés par de nombreux vaisseaux sanguins sectionnés sous les incidences les plus diverses.

La deuxième zone, constituée par d'épais trousseaux fibreux présentant nettement les affinités tinctoriales de la substance collagène, assez lâches, réalise parfaitement la structure histologique de l'hypoderme ; il faut noter toutefois qu'ici cette zone est bien moins riche en vaisseaux sanguins que le derme sus-jacent.

C'est au sein de l'hypoderme, et dans ses couches superficielles, par conséquent tout près du derme, que l'on observe de nombreux follicules pilo-sébacés très nettement différenciés. Il n'est pas rare même, sur des coupes heureuses, de voir ces bulbes pileux en continuité avec le revêtement superficiel.

A mesure que l'on se rapproche des bords de la tumeur, c'est-à-dire de ses points d'implantation sur la sclérotique, on remarque un amincissement considérable des différentes couches décrites plus haut en détail, mais sans modification de structure histologique.

Nous devons signaler cependant, une discrète infiltration lymphocytaire sur les bords eux-mêmes de la tumeur : ce sont là des signes d'inflammation chronique.

En définitive, on se trouve en présence d'une formation épiderme-dermo-hypodermique avec phanères (sans glandes sudoripares toutefois), de structure histologique normale, sans couche cornée cependant.

2° AUTRES OBSERVATIONS.

OBSERVATION I

GREEVES : *Dermoïde de la cornée associé à un staphylome antérieur.*

Un enfant de 7 mois est amené à l'hôpital parce qu'il présente une petite tumeur blanche sur l'œil gauche qui repousse en avant les paupières.

Cette masse blanche avait été vue à la naissance mais elle a augmenté considérablement depuis lors. Elle consiste en une tumeur cornéo-sclérale conique, située à califourchon sur le limbe, dans le quadrant supéro-interne, et s'étend aussi loin que le centre de la cornée qu'elle recouvre sur une étendue du $1/3$ de la surface totale. Elle mesure 12 mm. dans tous ses diamètres à la base, et 11 mm. de la base au sommet. La partie qui est tournée vers la cornée est couverte d'une couche cutanée avec un grand nombre de poils duveteux. Cette couche se continue avec la conjonctive périphérique.

La zone non atteinte de la cornée est claire et l'iris semble être en contact avec elle. Le globe est de volume normal.

Aucune autre anomalie congénitale ne peut être décelée, excepté une petite tumeur dure, grosse comme un pois cassé, à l'angle de jonction de l'aile gauche de la narine avec la joue. L'œil droit était normal. Aucun antécédent familial concernant d'autres malformations ou une tare syphilitique.

L'œil gauche fut enlevé ; durci dans le formol et coupé obliquement dans le plan antéro-postérieur. Ainsi la section passait par le centre de la tumeur et l'on voyait facilement la totalité de la partie épaissie de la cornée et les attaches à la sclérotique

jusqu'en un point correspondant à l'extrémité postérieure du corps ciliaire.

La tumeur consistait en un staphylome qui bombait ; la surface postérieure de celui-ci était limitée par du pigment uvéal dont la paroi consistait en un tissu très épais.

Le reste de l'iris était en contact avec la partie normale de la cornée et la pupille ne pouvait être distinguée.

Le cristallin de forme aplatie occupait une situation normale et un large espace existait libre entre l'iris et le cristallin. La rétine et la choroïde paraissaient normales et il n'y avait aucune dépression de la pupille.

Des coupes en séries, furent faites après que l'œil eût été monté à la paraffine.

Description des Coupes.

La paroi du staphylome a les caractères d'un tissu dermoïde, elle est composée principalement d'un tissu dense dans lequel se trouvent de nombreuses glandes sébacées et qui est irrégulièrement traversé par des travées musculaires.

Le tissu graisseux est abondant, surtout du côté de l'orbite. La cornée est entièrement remplacée par la structure de la portion staphylomateuse et au delà de l'emplacement normal du limbe scléro-cornéen elle se termine insensiblement dans le tissu épiscléral et orbitaire.

En avant l'épithélium de recouvrement ressemble à la peau par tous ses caractères : les papilles sont très marquées, nombreux follicules pileux et couche superficielle kératinisée.

Le reste de la cornée est tout à fait normal et la transition de la cornée normale et du tissu dermoïde est très brusque.

La membrane de Bowmann finit brusquement ainsi que la couche kératinisée de l'épithélium superficiel. Une ligne de démarcation très nette constitue la transition entre la substance propre et le tissu fibreux irrégulier. En arrière, la membrane de Descemet finit brusquement, l'épithélium de la cornée disparaît et le stroma irien se fusionne avec le tissu dermoïde.

Toute la partie postérieure, du staphylome n'est pourtant pas ainsi.

Des coupes sériees montrent la présence de nombreux îlots isolés à l'endroit où la membrane de Descemet et l'endothélium qui la double sont conservés. Ces plaques sont seulement en contact avec la face antérieure de l'iris mais n'y sont pas incorporées.

Dans toutes les coupes le ligament pectiné et le canal de Schleem peuvent être distingués sur le côté interne, de l'autre côté l'angle est naturellement formé par la racine de l'iris.

Du côté opposé, au niveau de la zone épaissie de la tumeur, il y a un peu de tissu spongieux entourant un vaisseau.

Cette structure représente probablement respectivement le ligament pectiné, et le canal de Schléem. Le muscle ciliaire apparaît divisé en deux parties : l'une d'elle est en continuité avec la sclérotique, et l'autre avec le tissu spongieux.

Au-dessus et au-dessous de la portion élargie du staphylome le ligament pectiné réapparaît, il y a là encore un vaisseau en relation avec lui.

Le tissu cornéen normal, avec la membrane de Descemet et l'endothélium, apparaît aussi de l'autre côté en dessus et en dessous de la partie la plus large du staphylome.

La surface superficielle est cependant couverte par le tissu dermoïde sur une très grande surface.

Les procès ciliaires sont petits mais normalement développés et les fibres ciliaires ne présentent rien d'anormal.

Un caractère qui montre bien le type du dermoïde est le grand nombre de faisceaux de muscles lisses qui traversent les travées de tissu fibreux.

Il semble très probable qu'ils sont dérivés du muscle sphincter de l'iris. L'aire pupillaire est presque complètement occupée par du tissu dermoïde incorporé à l'iris.

Le seul reste de ce dernier est un petit faisceau de muscle du sphincter que l'on peut voir sur quelques coupes.

OBSERVATION II

PFINGST : *Un cas de dermoïde du limbe scléro-cornéen.*

Un garçon âgé de 17 ans présente une masse du volume d'un

poils cassé au niveau de l'œil gauche, partie sur la sclérotique et partie sur la cornée. Cette masse avait, jusqu'à il y a deux ans environ, gardé le même volume. Depuis lors elle a considérablement augmenté, s'est assez fortement colorée et les poils de sa surface se sont développés.

Ce garçon a subi de ce fait pas mal de gêne, il a comme il dit les yeux facilement « en eau » et sa vision a baissé quelque peu.

Examen. — A califourchon sur le limbe scléro-cornéen de l'œil gauche, sur le côté externe, se trouve une masse légèrement ovale, ferme, à surface convexe ; sa surface est de teinte rose-foncé, inégale et six ou sept poils raides y sont implantés et font saillie.

Elle mesure environ $1/4$ de pouce en épaisseur à son milieu, mesure $1/2$ pouce horizontalement et $3/5$ verticalement. Elle adhère fermement par sa base concave à la sclérotique et à la cornée sur une étendue égale pour l'une et pour l'autre et cela jusqu'au bord de la pupille. La fermeture des paupières ne permet pas de recouvrir complètement la tumeur.

La conjonctive du côté temporal est rouge et contient de nombreux vaisseaux congestionnés qui, se rendant à la tumeur, ressemblent à un petit pterygion.

Par suite de l'irrégularité de la cornée, la vision est réduite de 20 %.

Sous anesthésie à la cocaïne, une pince ayant saisi et attiré la tumeur jusqu'à son extrémité horizontale, ses attaches sont sectionnées avec un couteau de Graefe à cataracte. La brèche conjonctivale est réunie à la cornée et la surface cornéenne laissée à l'air.

Une réaction considérable suivit l'opération et fut très douloureuse pendant 24 heures.

La surface conjonctivale rapidement cicatrisée recouvrit la plaie sclérale.

La plaie cornéenne forma du tissu granuleux qui fut cautérisé par des applications de nitrate d'argent en cristaux chaque jour et après six semaines laissa une surface lisse d'une opacité épaisse.

La section microscopique de la tumeur révèle une masse fibreuse irrégulière recouverte de peau.

La couverture épithéliale est formée de couches comme la peau et le reste est composé de tissu vasculaire aréolaire, de tissu corné et de tissu fibreux blanchâtre.

Il contient quelques papilles rudimentaires. Des coupes sériees montrent des poils et des glandes sébacées.

Cette masse est dépourvue de graisse et ne contient pas de glandes sudoripares.

La composition microscopique de l'intérieur de la tumeur consiste en un large noyau ovoïde de tissu adénoïde que l'on a décrit dans les granulations du catarrhe hivernal et que l'on trouve aussi dans le tissu tuberculeux.

Les cellules de ce nodule sont de grosses cellules lymphoïdes à gros noyaux. On voit également à sa périphérie un grand nombre de cellules géantes volumineuses avec de nombreux nucléoles à la périphérie.

Près du centre de cette masse, une petite aire allongée et jaunâtre se voit qui est évidemment la section d'un poil profondément enfoncé.

Surmontant le nodule, le tissu fibreux, sous forme de bande, semble enchâtonner la masse de cellules rondes.

Aucun examen n'a été fait pour rechercher le bacille tuberculeux.

La présence de ce nodule adénoïde dans la masse est difficile à expliquer mais peut être considérée comme une production inflammatoire résultant de quelque irritation mécanique.

Le large amas de cellules fibreuses, les cellules géantes et l'histoire de cet accroissement de volume, de changement de couleur et l'apparition de vaisseaux conjonctivaux nouveaux, sont l'indice d'un caractère inflammatoire.

OBSERVATION III

GALLEMAERTS, : *Dermoïde de la cornée et lipome sous-conjonctival.*

Malade âgée de 37 ans, bien portante, père mort de maladie de foie, mère morte d'hydropisie cardiaque. Elle a eu neuf frères

et sœurs dont deux mort-nés, trois morts de méningite, deux d'entérite.

Au niveau de l'œil gauche on observe un dermoïde de 6 mm. de long sur 8 de large implanté sur la cornée à l'extrémité externe du diamètre horizontal, le bord interne empiète sur la cornée et est précédé d'une zone blanchâtre de tissu cornéen. La plaque du dermoïde est jaune, forme une saillie de 1 mm., chagrinée, et présente plusieurs poils dont un très long est implanté au centre.

A 3 mm. du bord postérieur on trouve, faisant saillie dans l'angle externe, un lipome n'offrant aucune continuité avec le dermoïde, ce lipome prend son plus grand développement vers le cul-de-sac inférieur. La vision égale 0,5. Astigmatisme irrégulier.

A l'ophtalmoscope on découvre sur la choroïde, en bas, une traînée linéaire partant de la région ciliaire et se dirigeant vers la papille; la position de cette plaque, mal délimitée, blanche, correspond à celle de la fente choroïdienne; la structure de cette lésion n'est pas identique à celle du colobome choroïdien, mais elle en rappelle l'allure, la plaque est moins blanche et l'aspect nacré de la sclérotique est plus ou moins marqué par du pigment.

La vision de l'œil droit est de 1. Il existe également sur la choroïde, exactement à la même place, une traînée linéaire de pigment qui correspond à un stade encore moins avancé de colobome choroïdien.

OBSERVATION IV

Dr. A. Ticho; de Jérusalem.

« Dans l'hôpital royal militaire de Jérusalem on m'a présenté, à l'occasion d'une visite, le soldat P. K., âgé de 25 ans, qui était rentré dans le service pour une conjonctivite purulente avec infiltration de la cornée (Morax-Axenfeld), et qui présentait en plus une tumeur congénitale au milieu de la limite supérieure entre la cornée et la sclérotique. »

En novembre 1915, le malade se trouvait dans une clinique d'ophtalmologie à Vienne pour une inflammation de l'œil. Déjà à cette époque on a voulu lui enlever la tumeur congénitale de son œil droit. Pendant le trajet pour arriver ici il tombait de nouveau malade, avec sécrétion purulente, rougeur et douleurs de l'œil droit. Le malade nous révèle que le pouvoir visuel de cet œil était toujours aussi mauvais qu'actuellement. Dans sa famille n'existaient pas d'anomalies quelles qu'elles soient.

En rentrant dans le service, le malade montrait une faible rougeur du bord de la paupière aux angles de l'œil, une faible sécrétion purulente, une certaine photophobie et une faible injection conjonctivale et ciliaire. Dans le diamètre horizontal de la cornée, à peu près à 2 mm. de son bord externe, se trouve un petit infiltrat. Le malade regardant tout droit, ne révèle rien de spécial. L'œil regardant en haut, on trouve, au milieu du bord supérieur de la paupière, un endroit de la cornée colorée en blanc, de 4 mm. de long et de large. En écartant la paupière supérieure, on voit au milieu du bord supérieur entre la cornée et la sclérotique, une tumeur de forme ovale, haute de 8 mm. et large de 4 mm., qui dépasse d'un tiers la sclérotique, recouvre par ses deux tiers la cornée, et qui s'étend jusqu'au bord supérieur de la pupille moyennement ouverte.

La surface de la tumeur est lisse, brillante, recouverte par de la conjonctive, plus vascularisée dans la partie cornée que dans la partie scléroticale. Dans cette dernière, se trouve un kyste de 3 mm. de diamètre environ, qui dépasse le niveau de l'autre tumeur de 1/2 mm. à peu près. La hauteur de la tumeur est d'à peu près 1 mm., dans la région du kyste de 1 mm. 1/2.

La couleur de la tumeur est rosée. Dans la région du kyste verdâtre. La consistance de la tumeur est molle, il n'y a pas d'adhérence avec la profondeur. Correspondant au bord antérieur de la tumeur, on trouve sur la cornée un rebord gris de 2 mm. de large.

L'acuité visuelle de l'œil droit permet de compter les doigts, le fond d'œil est normal. Visibilité à gauche 6/6. Il existe du strabisme convergent de l'œil droit.

L'examen bactériologique du produit de sécrétion de la conjonctive montre le diplo-bacille de Morax-Axenfeld. L'état général n'a rien de spécial. Pas d'autres anomalies de formation.

La thérapeutique consista dans une solution d'atropine à 1 % une fois par jour, une solution de sulf. de Zinc à 1/2 %, 5 fois par jour, et dans un seul traitement au nitrate d'argent (à 1 %).

Etat de l'œil avant l'opération, le 7 juillet 1917.

A l'examen prolongé, l'œil se colore par injection ciliaire et le produit de sécrétion se forme dans l'angle interne de l'œil. La surface de la tumeur est un peu plus mate qu'à la rentrée, le kyste est plus visible. L'endroit de l'infiltration cornéenne antérieure n'est plus visible à l'œil nu.

Opération. — Après une infiltration d'une solution de cocaïne à 5 % on fixe la tumeur avec la pince, on la sépare, avec la petite lance tordue, de la partie reposant sur la cornée, et on la découpe, avec des ciseaux, dans sa partie scléroticale. La cicatrice est recouverte par une gaze. Binocle.

Le 14 juillet l'œil est guéri.

L'examen histologique nous a éclairés sur le type de la tumeur. Il a été pratiqué dans le laboratoire du médecin-colonel Dr. von SCHROETTER :

« En regardant la tumeur à un faible grossissement, celle-ci se montre comme une tumeur conjonctive irrégulière, lobée, recouverte d'un tissu épithélial corné d'épaisseur inégale, et richement vascularisée. Correspondant à la surface irrégulièrement constituée, formée d'excavations et de sillons, le bord épithélial, lui aussi, est développé irrégulièrement. Ce bord, se montrant par endroit sous forme d'une couche mince, généralement cornée, atteint à d'autres endroits une largeur triple ou quadruple, les couches des cellules cornées changeant souvent d'épaisseur. A tels endroits, 5-6 couches de cellules épithéliales polygonales ou étoilées font suite à 2 rangées de cellules basales régulièrement disposées. Les cellules épithéliales, en s'aplatissant et en perdant les noyaux, passent dans la couche

cornée. A d'autres endroits de nouveau le rebord épithélial paraît aminci, le tissu conjonctif épaissi. Mais il se peut aussi que toute formation cornée soit absente, comme dans les plis, et que l'on puisse voir nettement le rebord externe de l'épithélium stratifié. Ajoutons de part et d'autre, au-dessous du rebord épithélial cubique basal, l'existence d'une zone de prolifération d'un tissu conjonctif jeune avec de nombreux noyaux, soit allongés, soit fusiformes. On peut reconnaître, à certaines parties de la tumeur, un gonflement net de l'épithélium, avec l'image connue du relâchement de la structure cellulaire. A ces endroits le tissu conjonctif est très lâche, les trajets lymphatiques se sont agrandis, le tout est presque œdémateux. Dans toute la région de la tumeur, mais surtout à sa base et à sa partie inférieure, les formations de régénération paraissent richement vascularisées.

A certains endroits on trouve dans la zone des adventices de petites veinules et artérioles. Dans ces régions on trouve également des extravasats de forme assez grande, probablement en relation avec le processus mécanique d'arrachement. Il n'y a pas de résidu d'anciennes hémorragies.

Bien que, à la surface, le substratum n'ait rien de particulier, à part le gonflement et l'augmentation de volume des capillaires et des veinules, on trouve dans la profondeur des amas de cellules adipeuses, avec leur noyau caractéristique, refoulé vers la périphérie, surtout entre les grandes voies circulatoires et accompagnant celles-ci sur un court trajet. Certaines des cellules adipeuses sont entourées d'une hémorragie fraîche ou interpénétrées par des globules sanguins.

Spécialement intéressant était l'examen d'une cavité, ayant en coupe 1 mm. - 1 mm. 1/2, légèrement ondulée, qui prenait l'allure d'un kyste par sa formation épithéliale spéciale. Celle-ci se composait d'une seule couche de cellules épithéliales cylindriques sans cils, dont les éléments reposent sur 2-3 couches de cellules polygonales et cubiques, pas toujours bien délimités vers le stratum conjunctivum. Même au-dessous de la membrane basale on pouvait trouver des petits amas de 2-3 couches d'éléments épithéliaux. Sur la coupe, les cellules cylindriques avaient

un aspect régulier, sans interruption ni autre formation morphologique spéciale.

Il y avait absence de glandes sébacées et de leurs dérivées, ainsi que de poils. »

OBSERVATION V

STARK (H.H.) : *Tumeur congénitale de la cornée,*
de classification douteuse.

L'auteur rapporte le fait suivant : il a fait l'ablation d'une tumeur congénitale située au centre de la cornée de l'œil droit. La malade était une jeune mexicaine âgée de 15 ans.

Cette tumeur était implantée sur la cornée même, mais ne recouvrait pas complètement la surface de celle-ci. Sa forme était conique à sommet aplati.

Le tissu propre de la cornée restait indemne.

L'examen anatomo-pathologique montrait un tissu papillomateux occupant le sommet de la tumeur ; le centre était constitué par un tissu fibreux dur avec points de dégénérescence hyaline, et la base par du tissu adipeux.

Ni glandes ni poils ne pouvaient être décelés.

OBSERVATION VI

AURAND (*Lyon Médical*).

Le jeune F... Marcel, âgé de 14 ans, est amené le 30 novembre 1921 par son père qui vient me demander s'il serait possible de débarrasser son fils d'une peau rougeâtre qui recouvre la moitié de son œil gauche depuis sa naissance et qui l'empêche de voir.

Je constate en effet sur l'œil gauche de ce petit garçon une sorte de membrane vasculaire épaisse, non pileuse, occupant

tout le quadrant inféro-externe de la cornée jusqu'au milieu de la pupille et entourée d'un cercle blanc de 1 mm. de longueur environ.

Ce cercle se prolonge et s'épaissit vers le limbe sous forme d'un léger faisceau fibreux de 3 mm. de longueur environ qui constitue son pédicule.

Je ne constate aucune autre anomalie ni des paupières, ni de la conjonctive, ni de l'iris. Le fond de l'œil est normal, l'acuité est réduite à la vision des doigts.

Comme l'enfant demande instamment à être opéré, je pratique l'extirpation du dermoïde le 3 décembre 1921 assez facilement.

La tumeur est surtout adhérente par son pédicule et par ses bords.

Le tissu cornéen mis à nu est transparent et bordé par un bourrelet de tissu sclérosé, mais au huitième jour il s'est couvert de bourgeons charnus qui ont dû être cautérisés.

Dermoïde appartenant à la conjonctive comme le démontre son pédicule et où cela est le plus fréquent, en bas et en dehors de la cornée.

OBSERVATION VII

MARIOTTI

Relate l'observation d'un enfant de 12 ans portant à l'angle externe de la paupière inférieure gauche un tératome conjonctival de forme allongée, long de 7 mm., large de 3, de couleur rougeâtre, et surmonté de quelques poils de petite dimension.

Entre le 1/3 moyen et le 1/3 externe on voyait une étroite tache brune.

L'examen histologique montre : des tissus divers : derme, faisceaux musculaires, follicules pilifères, glandes sébacées, un groupe de cellules nerveuses superficielles, une grosse glande acino-tubuleuse, enfin du tissu adipeux.

Il s'agit d'un tératome mixte.

OBSERVATION VIII

(Alva SOWERS.)

L'histoire du cas de Mlle M. W., 20 ans, nurse à l'hôpital Illinois Masonic, est la suivante.

Depuis son enfance elle présente une tumeur située au niveau de chaque canthus externe. La tumeur de l'œil droit commence au limbe et recouvre le quadrant inféro-externe de la cornée, elle s'étend à 1 cm. 1/2 en arrière du canthus externe. Elle était fixée. Il y a environ deux ans une exérèse partielle fut effectuée sous anesthésie locale. Avant cette intervention la tumeur était si importante que la malade ne pouvait fermer l'œil droit.

Actuellement 1 à 2 cheveux sortent de la tumeur et par pression on exprime un liquide coloré s'écoulant d'un petit pertuis. La tumeur présente un aspect blanc-jaunâtre et la partie qui s'étend sur la cornée entraîne une défiguration marquée. Il y a une légère déhiscence au niveau du canthus externe, ce qui est caractéristique de son développement. La tumeur est recouverte par la conjonctive où l'on peut voir un grand nombre de petits vaisseaux.

La vision de l'œil droit est de 2/20; non améliorée par les verres.

Il y a une légère convergence des yeux dont l'apparence est exagérée par la défiguration de la partie externe de la cornée.

Astigmatisme très marqué mais difficilement mesurable.

Pas d'autres malformations congénitales excepté une formation analogue au niveau du canthus externe de l'autre œil, plus petite, ne s'étendant pas sur la cornée et couverte de duvet, et où ne peut s'exprimer de liquide. Vision 10/10.

Le 25 janvier 1922, opération au Masonic Hôpital; sous anesthésie générale, la tumeur de l'œil droit, disséquée, fut trouvée adhérente à l'os temporal à 1 cm. 1/2 en arrière de l'épicanthus externe. Exérèse de la partie externe de la tumeur.

En un second temps, sous anesthésie locale, nous avons enlevé la partie adhérente à la cornée avec le dissecteur de Reynolds. Cela était assez difficile étant donné l'infiltration de la tumeur.

Un important leucome se forma par la suite.

Examen anatomo-pathologique :

La section de la première masse a montré un épithélium régulier au-dessous duquel se trouvait une couche de derme avec des cellules rondes.

La plus grande portion du chorion consiste en un tissu fibreux dense avec des vaisseaux sanguins. Au-dessous, tissus graisseux et tissus fibreux sont en proportion égale. On rencontre quelques cils et des glandes sébacées comme dans la peau normale.

L'aspect histologique de la seconde est semblable à la première.

OBSERVATION IX
(BUTLER ARRISON.)

Rapporte l'observation d'une tumeur du limbe sans description de celle-ci, traitée d'abord par la tuberculine, sans résultat, puis par la radiumthérapie et qui depuis n'a plus augmenté.

Il pense à la nature dermoïde de cette masse tumorale.

OBSERVATION X
(ERBEN.)

Fissuration de la commissure externe des paupières par un dermoïde chez un sujet de 24 ans. La fente palpébrale droite est légèrement plus large que la gauche.

L'élargissement se fait aux dépens de la commissure externe sur laquelle on voyait une formation blanc-jaunâtre de la grosseur d'un haricot, interrompant la ligne de cils et envoyant sur le globe un petit prolongement rappelant une pinguécule qui n'atteindrait pas le limbe. Surface lisse, pas de poils.

OBSERVATION XI
(ERBEN.)

Jeune fille de 15 ans présentant depuis sa toute première enfance une tumeur de l'œil droit. L'examen général n'a rien

donné de particulier sauf un naevus vasculaire sur le côté droit du cou.

Oeil droit sans réaction. Entre le muscle droit supérieur et le muscle droit externe se trouve une tumeur d'environ 12 mm. de longueur, 7 mm. de largeur et 4 à 5 mm. de plus grande épaisseur. Elle est placée en rayon par rapport au limbe dont elle reste éloignée d'environ 7 mm. La paupière supérieure recouvre entièrement la tumeur. Sa surface est assez régulière, recouverte de tissu conjonctif qui, grossi et examiné à la lampe à fente, ne présente aucune modification. La conjonctive n'est pas mobile sur la tumeur, si bien que, quand le sujet fixe le nez, un pli du tissu conjonctif se marque entre la tumeur et l'angle extérieur de la paupière. La consistance en est si dure que l'on peut envisager le cartilage comme substance fondamentale. Elle adhère solidement à la sclérotique. Strabisme concomitant. Angle de strabisme, 5-6°.

Acuité visuelle de l'œil droit = 5/25.

Acuité visuelle de l'œil gauche = 5,75.

Fond d'œil normal.

Opération avec anesthésie locale : Incision sur la plus grande étendue de la tumeur. L'extirpation totale de la tumeur n'était pas réalisable, car une délimitation exacte du côté de la sclérotique n'était pas possible. La capsule antérieure fut donc enlevée d'abord. Le contenu était une dent, située dans la direction de la plus grande dimension de la tumeur. L'arête (lame) tournée vers le limbe put être enlevée ; la dent était également libre sur sa face inférieure. Elle adhérait par la base et l'arête nasale à la partie scléreuse de la capsule. La partie dure par laquelle la dent s'attachait à la capsule fut coupée aux ciseaux. Le reste de la capsule fut enlevé au bistouri par couches. On dut procéder avec prudence, la délimitation du côté de la sclérotique n'étant pas absolument possible. Il n'y avait pas de liaison vers l'orbite. Suture de la conjonctive. Pansement. La cicatrisation de la plaie s'effectua normalement.

La dent représentait, vue du côté non tourné vers le bulbe, une incisive typique moins une racine. Pour la grosseur, elle correspond approximativement à une incisive d'enfant peu avant

ou tout de suite après qu'elle perce. L'émail apparaît librement, on ne peut discerner de pellicule recouvrant l'émail. La face postérieure n'est pas achevée. La paroi postérieure paraît décapée. Par là les différentes couches de la dent sont immédiatement et distinctement reconnaissables. A l'extérieur la couche d'émail, à l'intérieur l'os (dentine), d'aspect plutôt grisâtre; au milieu, dans une sorte de sillon, le tissu rougeâtre de la pulpe apparaît distinctement. L'envers est recouvert tout entier d'une pellicule mince et transparente d'une texture tenace et solide, par laquelle la dent était reliée à la capsule par l'arête nasale et la base. La délimitation du col de la dent est nettement discernable grâce à une fine ligne de démarcation sur la face antérieure et un resserrement latéral. De sa base part un tissu résistant, situé devant la pellicule que l'on vient de décrire et que l'on peut considérer comme le périoste (de la racine). Ce tissu, lui aussi, s'étendait à la capsule et fut sectionné lors de l'extraction de la dent. L'examen histologique d'un fragment de la partie scléreuse de la capsule montre trois couches nettement délimitables : la première représente un tissu scléreux, suit une couche de tissu conjonctif lâche et très riche en vaisseaux. La troisième couche, la plus superficielle, consiste en un tissu conjonctif, pauvre en noyaux, à fibres élastiques. Cette couche forme la capsule proprement dite. En dehors d'elle, le fragment ne contient aucune sorte de tissu, en particulier il n'existe point d'épithélium.

Il s'agit d'une tumeur épibulbaire qui se compose d'une capsule de tissu conjonctif à fibres élastiques et dont le contenu est une dent. Aucune trace de tissu embryonnaire. Il s'agit donc d'une tumeur dermoïde subconjonctivale caractérisée avec développement dentaire. Du point de vue anatomopathologique elle peut être envisagée comme un kyste dermoïde compliqué.

OBSERVATION XII

NAROG : *Dermoïdes conjonctivo-cornéens des deux yeux.*

Concerne un nouveau-né sur lequel on observe aux deux yeux une tumeur dermoïde à la fois conjonctivale et cornéenne.

A droite, la tumeur dermoïde occupe la partie externe de la conjonctive bulbaire et la totalité de la cornée.

Du côté gauche, seule la partie externe de la conjonctive bulbaire tout près du limbe et la partie inféro-externe de la cornée est occupée par la tumeur. La zone supéro-interne reste intacte.

OBSERVATION XIII

MILLER (I.M.) : *Kyste dermoïde congénital de la cornée associé à un dermo-lipome.*

Cette observation concerne une jeune fille de 17 ans présentant une tumeur dermoïde de la cornée, s'étendant depuis le centre de la cornée jusqu'à la sclérotique de l'œil droit. Cette tumeur mesure 8 mm. de large sur 12 mm. de long, fait une saillie de 5 mm. et est surmonté de 5 longs poils.

Le côté temporal des deux orbites contenait un dermo-lipome. Après excision on note une notable amélioration.

OBSERVATION XIV

(CALHOUN.)

Il s'agit d'une tumeur dermoïde kérato-conjonctivale associée à une sclérectasie congénitale. Cette tumeur dermoïde est située à la limite de la cornée et de la conjonctive. En extirpant la tumeur on ouvrit la sclérotique mais le résultat n'en fut pas moins excellent. Ce cas confirmerait la théorie de l'inclusion des kystes.

OBSERVATION XV

(SCOCCIANTI.)

Tératome bilatéral symétrique de la conjonctive constaté sur la cornée d'un nouveau-né d'une famille saine.

La tumeur est de la grosseur d'un œuf de pigeon, commence sur la portion temporale de la conjonctive bulbaire et pend sur le visage.

Histologiquement c'est un tératome contenant du tissu glandulaire du type des glandes lacrymales de Krause et en outre des îlots de tissus cartilagineux et osseux.

OBSERVATION XVI

MOUSSELEWITSCH relate chez une femme de 29 ans une anomalie de développement de la fente palpébrale de l'œil droit. La fente est plus étroite: Sur le globe du côté temporal et recouvrant les $\frac{2}{3}$ de la cornée, une tumeur rouge de 25 mm. de large, haute de 7 mm., fait saillie. Cette tumeur se perd insensiblement dans une sorte de corne cutanée occupant l'angle externe de la paupière où l'on voit une ébauche de colobome.

Ablation chirurgicale.

A l'examen anatomo-pathologique, la tumeur cutanée est recouverte d'un épithélium abondant, puis viennent des glandes sébacées et sudoripares, puis des cellules graisseuses et des fibres musculaires lisses et striées.

Il y a aussi du tissu élastique et du cartilage hyalin.

OBSERVATION XVII

(HORNER et CORDES.)

A. B., Américain de 28 ans et ecclésiastique, est admis à l'hôpital de San Francisco, dans un service de chirurgie, en février 1928. L'état de son œil n'étant qu'un élément secondaire.

Son histoire passée et ses antécédents héréditaires n'ont rien d'important.

Aucune affection congénitale et aucune anomalie anatomique n'existent chez ses onze frères et sœurs et chez ses parents par alliance.

L'examen physique n'a pas besoin d'être minutieux pour montrer ce qui suit :

L'interrogatoire apprend qu'une fissure de la paupière a été constatée il y a longtemps mais que ses parents, vivant dans une petite agglomération du Middle-West, n'avaient consulté personne à ce sujet.

La malformation avait cependant été remarquée par un rhinologiste qui opéra une déviation de la cloison à l'âge de deux ans.

Il n'a jamais ressenti la moindre gêne de cet œil, l'apparence générale en était peu altérée, et la vision était excellente.

L'examen oculaire montre un œil droit normal. Le gauche présente un colobome en V renversé dont la partie large a 19 mm. et 6 mm. 3 en hauteur et remonte à 3 mm. 1 au-dessus de l'angle palpébral.

La lèvre nasale du colobome a 4 mm. 7 de long et elle finit nettement à la marge palpébrale par une protubérance émoussée portant des cils.

Immédiatement au-dessous de la fente palpébrale se trouve, sous la peau, une masse ronde de 9 mm. 1 2 de diamètre, de consistance molle et semblant attachée à la peau. C'est probablement un lipome.

Sous la conjonctive bulbaire près du canthus externe, se trouve une masse tumorale molle, probablement un lipome aussi, mesurant 12 mm. 6 de large et 9 mm. 5 de haut en bas et il s'étend jusqu'au ligament du canthus externe. Sa couleur est jaunâtre.

Au-dessus de la tumeur la conjonctive paraît normale. La paupière inférieure est normale ainsi que l'appareil lacrymal.

La cornée porte deux petites élevures comme de la cire, dermoïdes, dont le plus gros est placé directement devant la pupille, atteint le limbe, mesure 9 mm. 5 et 3 mm. 17 de saillie. Il est mou et mobile mais est attaché à la cornée.

Sa surface brillante est de couleur jaune-blanc et porte deux poils de la longueur des cils.

La seconde masse est semblable à la première, mesure 4 mm. 7 de diamètre et est située à l'extrémité temporale de la pupille : elle aussi enjambe le limbe, elle est surmontée d'un poil.

La cornée est recouverte d'une opacité grisâtre cachant l'aire pupillaire et débordant les limites supérieures des tumeurs. La pupille est ronde, de dimension normale, ses réflexes normaux.

Aucun colobome de l'iris ou intra-oculaire, ni aucune malformation oculaire ou céphalique.

Le 12 mars 1928 le malade vient en chirurgie et après anesthésie locale les tumeurs dermoïdes sont disséquées de la cornée. Un lambeau conjonctif est rabattu, fermant partiellement la déhiscence qui en résulte.

La formation située au-dessus de la conjonctive bulbaire près de l'autre canthus fut disséquée et examinée au laboratoire.

Toutes les plaies furent fermées par de fines sutures à la soie. Pour la nuit on mettait un peu de vaseline sur l'œil, pendant les promenades les paupières recouvraient très bien la cornée. L'apparence générale fut bien améliorée par l'opération.

A la section de la tumeur on diagnostique bien des dermoïdes. La masse subconjonctivale contenait un tissu graisseux abondant et de la glande lacrymale aberrante.

Examen anatomo-pathologique (Dr. RUSK) :

« L'examen microscopique du nodule n° 1 montre une masse glandulaire ayant la structure d'une glande lacrymale normale. La glande est entourée d'un amas graisseux traversé par une bande de tissu conjonctif de largeur variable.

La coupe de la masse 2 montre une surface arrondie, couverte par une très mince couche d'épithélium conjonctival ; au-dessus un tissu cellulaire connectif consistant en fibres collagènes très nettement délimité des tissus voisins.

De l'épithélium conjonctival et s'étendant dans le tissu connectif part un groupe important de glandes sébacées avec quelques follicules pileux contenant des poils bien formés. Tout autour des glandes sébacées et dans les espaces périvasculaires on note un peu d'infiltration lymphocytaire.

Diagnostic : glande lacrymale aberrante ; dermoïde de la cornée.

Nous désirions essayer la fermeture plastique du colobome palpébral, mais le malade remit cette intervention à plus tard.

LIPODERMOÏDES

OBSERVATION 1.

HIMLEY, K. — Concerne une femme de 20 ans qui présentait à l'angle externe de l'œil sur la sclérotique et empiétant sur la cornée; une tumeur plate avec quatre poils noirs contenant de la graisse.

OBSERVATION 2.

HIMLEY. — Tumeur analogue à la précédente à la partie externe de la périphérie cornéenne.

OBSERVATIONS 3, 4.

RIECKE, 1891. — Deux cas de lipodermoïdes dont l'un contient du cartilage et siège au pli de passage. L'auteur insiste sur la nécessité de faire des coupes en série pour ne pas laisser échapper la présence d'éléments cutanés.

OBSERVATION 5.

GALLENGA. — Tumeur congénitale sous-conjonctivale contenant des fibres musculaires lisses et des glandes acino-tubuleuses.

OBSERVATION 6.

SCHIESS GEMUSEUS. — Dermo-lipôme de la caroncule dont la surface est recouverte d'un épithélium stratifié à cellules plates et dans la profondeur duquel on trouve des cellules rondes et cylindriques.

OBSERVATION 7.

WOLF. — Lipo-dermoïde de la caroncule associé à une tumeur de la cornée.

OBSERVATIONS 8, 9, 10, 11.

NOBBES, *in* TUAILLON. — Rapporte 4 cas de lipodermoïdes où l'on découvre des éléments cutanés : follicules pileux et papilles, et qui siégeaient entre le droit supérieur et le droit externe.

OBSERVATIONS 12, 13, 14, 15, 16.

EWETZKI, *in* TUAILLON. — Rapporte 5 cas de lipodermoïdes de la conjonctive. Ces tumeurs siégeaient à la partie externe de la conjonctive bulbaire, la concavité tournée du côté de la cornée. C'étaient des lobules graisseux entourés d'une enveloppe cutanée.

OBSERVATION 17.

DREYER DUFER, *in* TUAILLON. — Dermolipome sous-conjonctival placé sur la partie externe du globe prenant l'aspect de replis blanchâtres, de forme triangulaire.

OBSERVATION 18.

LAGRANGE, *in* TUAILLON. — Dermolipome sous-conjonctival chez une fillette de 8 ans, situé à la région supéro-externe de l'œil gauche. La tumeur était congénitale et contenait 3 kystes sébacés.

OBSERVATION 19.

LAGRANGE, *in* TUAILLON. — Dermolipome chez un garçon de 5 mois situé à l'angle externe de l'œil gauche.

OBSERVATION 20.

DEMICHERI, *in* TUAILLON. — Jeune fille de 24 ans présentant depuis sa naissance une petite tumeur simulant une hypertrophie du repli semi-lunaire. La tumeur se prolonge profondément dans l'orbite. On y trouve des glandes sébacées et des follicules pileux recouverts par une épaisse couche épithéliale.

OBSERVATION 21.

QUESNEL (*Thèse Paris*). — Dermolipome, chez une femme de 24 ans, siégeant à la partie externe du globe oculaire droit. Dimensions : 8 mm. sur 15. Consistance molle, à sa surface on relève l'existence de 4 à 5 poils très fins ; à l'intérieur abondant tissu graisseux.

OBSERVATION 22.

QUESNEL (*Thèse Paris*). — Dermolipomes symétriques de la partie supéro-externe de la conjonctive, de coloration jaunâtre ; consistance molle.

OBSERVATION 23.

JOHNSTON, *in* TUAILLON. — Dermolipome enlevé avec succès chez un homme de 56 ans qui n'avait constaté l'existence de cette tumeur que depuis deux ans.

OBSERVATION 24.

WERNER. — Dermolipome de la conjonctive chez une jeune fille de 16 ans présentant des phénomènes d'irritation oculaire,

de longs poils étant apparus sur le dermolipome depuis quelques mois.

L'examen microscopique montre des follicules pileux, des glandes sébacées soutenues par du tissu fibreux, le tout couvert d'un épithélium épais.

OBSERVATION 25.

CONSINO, *Clinica Oculistica*. — Publie l'observation d'un lipome cornéen dans lequel à l'examen microscopique on retrouvait des plaques de tissu épidermique étouffées par le développement du tissu adipeux.

OBSERVATION 26.

HOSCH. — Lipodermoïde de la conjonctive coïncidant avec un petit dermoïde du limbe.

OBSERVATION 27.

RUMSZEWICZ, *in* TUAILLON. — Observation d'une jeune fille de 18 ans chez laquelle un œil staphylomateux depuis la naissance est enlevé. A la coupe, la structure est semblable à celle de la peau : épithélium polystratifié, papilles, vaisseaux, nerfs. En profondeur, couche fibreuse avec nombreux lobules adipeux, puis mince couche fibreuse en continuité avec la sclérotique, enfin membrane de Descemet normale.

Dans la couche fibreuse on voit des follicules pileux, des glandes sébacées et sudoripares.

OBSERVATION 28.

WEIDLER. — Dermolipome du quadrant inféro-externé de l'œil avec absence de l'ongle du petit doigt de la main gauche.

OBSERVATION 29.

VOSSIUS. — Dermolipome symétrique de l'angle interne. Le tissu adipeux entouré d'une mince capsule contient quelques filôts nerveux et des vaisseaux.

La peau porte quelques poils très fins.

OBSERVATION 30.

LAMB (H.D.) et HARDY. — Jeune garçon de 10 ans présentant une tumeur de l'œil gauche située du côté temporal, de forme triangulaire et implantée sur la périphérie de la cornée.

De couleur jaunâtre, sa consistance était plutôt molle. Elle adhérait fortement à la conjonctive.

L'autre angle du même œil était occupé par une bande de tissu, reste probablement d'une bride amniotique de même couleur que la peau et qui allait s'implanter sur la peau de la région malaire.

L'iris présentait un colobome et l'on voyait une sorte de membrane pupillaire.

Fond d'œil normal.

Hypermétropie avec astigmatisme.

Mouvements de l'œil normaux.

Testicule gauche non descendu et senti dans le canal inguinal. Léger hypospadias.

Ablation à l'anesthésie locale : dissection difficile à cause de l'adhérence et provoquant une certaine hémorragie.

Examen microscopique :

La portion cornéenne de la tumeur est composée de tissu fibreux dense contenant un grand nombre de capillaires fins. Elle était recouverte d'un épithélium semblable à celui de l'épiderme, avec des papilles très bien développées.

La partie sclérale, la plus développée, consistait en un tissu fibreux très vasculaire, à l'une des extrémités de la section se

voyait du tissu graisseux, à l'autre du tissu nécrotique et un hématome.

On voyait également du tissu glandulaire lacrymal ainsi que quelques fibres nerveuses irrégulières. Ni cils, ni follicules.

OBSERVATION 31.

MILLER. — Deux dermolipomes situés à la partie externe de l'œil associés à un dermoïde du limbe.

OBSERVATION 32.

WEIDLER (W.B.). — Lipodermoïde de la conjonctive.

OBSERVATION 33.

KRANZ. — Lipodermoïde de la conjonctive associé à un nævus étendu de la face et du front.

OBSERVATION 34.

STALLARD. — Lipodermoïde de la conjonctive, contenant du tissu fibreux, associé à d'autres malformations congénitales.

TUMEURS DERMOIDES OBSERVÉES CHEZ LES ANIMAUX

1. WARDROP. — Chez un bœuf on observe une touffe de poils noirs couvrant presque un tiers de la cornée, quelques poils se voient aussi à la surface de la membrane semi-lunaire.

2. LECOQ. — Tumeur congénitale recouverte de poils sur le limbe de l'œil droit, à la partie externe. (Chien de chasse.)

3. LEBLANC. — *Id.*

4. BOULLEY. — Chien. Au centre des deux cornées, faisceau de poils très longs.

5. PRINZ. — Mouton. Angle externe de l'œil et limbe. Faisceau de poils important.

6. PRINZ. — Caniche. Touffe de poils au niveau de la conjonctive bulbaire externe.

7. RYBA. — Bœuf. Secteur interne du limbe de l'œil gauche, tumeur poilue.

8. SCHMIDT RIMPLER (*in* SOWERS). — A trouvé sur l'œil d'un veau une masse de tissu cutané recouverte de poils, qui commençait sur la marge interne de la cornée et couvrait la partie la plus grande de sa surface, la cornée était rudimentaire, l'iris lui adhérait et il n'y avait pas de chambre antérieure, le cristallin faisait hernie à travers la pupille jusqu'au dermoïde.

9. RYBA. — Bœuf. *Id.*

10. EMMERT. — Chien.

11. OELLER. — Porc. Tumeur reposant sur la cornée et la sclérotique avec saillies papillaires à sa surface. A l'examen anatomo-pathologique on trouve des culs-de-sac glandulaires et des glandes sudoripares.

12. SALFNER. — Cheval. Dermoïde recouvrant toute la cornée.

13. BUTTLER. — Tumeur dermoïde sur la conjonctive d'un chien.

14. *Soc. de Biol. de Paris*, 1925. — Tumeur dermoïde de la cornée d'un chien contenant des follicules pileux et des glandes sébacées.

15. BRUNSCHWIG. — Dermoïde chez un porc.

16. CHAN. — Dermoïde cornéo scléral chez un porc.

TABLEAU SYNOPTIQUE GÉNÉRAL

16

Bibliographie	Sexe, Age	Aspect extérieur	Aspect microscopique	Nombre	Côté	Siège	Malformations associées
B.D. MAUCHART I	Homme	Tumeur pointue.		1		Angle externe de l'œil.	
M. MASSARS DE CAZÈLES 2	Masculin 32 ans	Tumeur blanche du volume d'une grosse lentille ; à 14 ans se couvre de poils raides.		1	G	Limbe région externe.	
WARDROP 3	Féminin 8 à 10 ans	Tumeur, enlevée elle re- pousse. Coloration ferme, cou- leur brunâtre.		1	G	Limbe.	
WARDROP 4	Masculin 50 ans	12 longs poils se sont déve- loppés à la puberté.		1		Limbe région externe.	
WARDROP 5	Masculin 15 ans	Tumeur blanchâtre portant 2 poils au centre.		1		Limbe région externe.	
WARDROP 6		Touffe de poils à la surface de la sclérotique.		1			
DEMOIRS 7		Tumeur ovulaire, à grand axe transversal, couverte de poils.		1		Région interne entre la car- oncule et le limbe.	
DE GRAEFE 8	Masculin 23 ans	Tumeur congénitale. Arron- die, jaunâtre, porte 2 poils de bruns.	Les poils ne comportent pas de bulbe comme ceux de la peau.	1	D	Limbe.	

Bibliographie	Sexe, Age	Aspect extérieur	Aspect microscopique	Non	C	
BENEDICT 9		Un seul poil sur un petit tubercule.				Limbe.
LERCHE 10	Masculin 43 ans	Tumeur molle de la grosseur d'un pois, poils longs et noirs.		1	D	Secteur cornéen inférieur recouvrant en partie la pupille.
WHITE COOPER 11	Masculin 19 ans	Double tumeur du limbe gauche, l'une externe, l'autre interne, rosâtres et poilues. — Une tumeur de l'œil droit dans le cul-de-sac conjonctival.		3	2	
SZOKALSKI 12	Féminin	Volume d'une tête d'épingle à 3 ans, récidive après ablation, volume double à 18 ans.	Coupe ressemblant à une verrue.	1	D	Limbe angle externe.
AMMON 13	Masculin 6 ans	Deux tumeurs.		2	G	Sur le limbe, secteur supérieur et secteur inférieur.
Robert DE MAR- BOURG. 14	Féminin 19 ans		Tissu fibreux analogue à celui de la sclérotique, recouvert par la conjonctive épaisse. Poils très fins avec bulbes.	1	G	Angle externe, empiétant sur la cornée. Nervus maternus à la jonc G. Repli et adhérence de la conque de l'oreille dr.
FRONMULLER V. 15	Masculin 22 ans	3 ou 4 longs poils.		1	D	Secteur inféro externe du limbe.
GRIZ 16	Masculin 5 ans	Volume d'un pois. Adhérence considérable. Insensibilité.	Feuillet épithélial. Tissu clair avec des noyaux.			Entre, la caroncule et le limbe.
HEYFELDER 17	Masculin 14 ans	Tumeur de la grosseur d'un pois, convertie de 30 petits poils.	Structure identique à celle de la peau. Bulbes, glandes sébacées, glandes sudoripares.			

Bibliographie	Sexe, Age	Aspect extérieur	Aspect microscopique	Nombre	Côté	Siège	Malformations associées
DE Lœw père 18	Féminin 1 mois	Volume d'un grain de millet, un long poil est implanté au sommet. Photophobie, douleur.	Bulbe pilifère.				
DE Lœw fils 19	Masculin 15 ans	Tumeur de la sclérotique du volume d'une lentille, empiétant sur la cornée (8 poils).			G	Angle externe de l'œil.	
ARLT 20	Féminin 24 ans	Adhère surtout à la sclérotique. Nombreux poils de la couleur des cils.	Epiderme, chorion, pannicule adipeux. Bulbe pilifère et glandes sébacées.		D	Angle externe, limbe.	
MAGNE 21	Féminin 16 ans	Tumeur blanc nacré développée surtout depuis 5 ans.	Tissu analogue à celui des vermes.			Angle externe, empiète de 3 mm. sur la cornée.	
RYBA 22	Féminin 11 ans	Adhère intimement à la cornée. Nombreux petits poils blancs et colorés.	Tissu analogue au derme.		G	Secteur inféro externe de la cornée, empiète sur la pupille.	
RYBA 23	6 mois	Poils. Tumeur peu adhérente.				Secteur inféro externe de la cornée.	
RYBA 24	Féminin 3 ans	Dermoïde coïncidant avec d'autres tumeurs analogues de la peau de la figure.	Aspect de la peau.	1	G	Secteur inférieur du limbe.	
RYBA 25	Féminin 7 ans	Petite tumeur blanche, poilue; accroissement rapide. Nombreux poils. Gêne visuelle.	Epithélium cylindrique, sauf du côté de la cornée où l'épithélium est pavimenteux. L'aspect est piluleux. Glandes sébacées.		D	Secteur inférieur de la cornée	
A. DE GRAEFE 26	Masculin 12 ans	Couleur gris-jaune, adhérence à la cornée. Nombreux poils.	Follicules pileux, fibres classées.		D	Angle externe de l'œil. Limbe.	Strabisme.

Bibliographie	Age, Sexe	Aspect extérieur	Aspect microscopique	Nombre	Côté	Siège	Malformations associées
VIRCHOW 27	Masculin	Tumeurs symétriques dures, blanc nacré. Gauche : volume d'une lentille. Droite : d'un noyau de cerise.	Epiderme recouvrant une masse semi-cartilagineuse. Derme.	2	2	Secteur supérieur. La droite au devant de la pupille.	Bride réunissant le sourcil droit à la région parietale. Nombreuses verrues.
W.T. TALLIAFERRO 28	Féminin 15 ans	Tumeur synétrique ovalaire, horizontale. La gauche, la plus volumineuse, obstrue en partie la pupille. Nombreux poils plus foncés que les cils.	Tissu lamellaire en continuité avec la cornée. Inflammation.	2	2	Cornée, secteur inféro externe.	
MACKENSIE 29		Tumeur solide blanche.	Bulbes pileux. Inflammation.			Bord inféro externe du limbe	
MACKENSIE 30	Féminin	Tumeur pileuse.		2		L'une au bord interne de la cornée, L'autre à l'angle externe.	
BRUN 31	Fœtus	Une bride réunit le centre de la cornée à celle du côté opposé. Ces brides s'unissent à la paupière sup.					Microphthalmie. Hydro-encéphalocèle. Lèvre supérieure divisée par deux fissures aboutissant à la fente oculaire et séparant les deux points lacrymaux.
DE GRAEFE 32	Masculin 6 mois	Dermoïde.				Bord interne de la cornée.	Colobome des deux paupières de O. D. Colobome de l'aile G. du nez et de la lèvre G. Voussure du palais.
O. BECKER 33		Cils épibulbaires.			2		Colobome de la paupière sup. G.
DE GRAEFE 34	Féminin 20 ans	Présence de poils.	Couche épidermique, couche dermique. Pas de glandes				
HORNER 35		Un dermoïde à droite, trois à gauche.		4	2	Epibulbaire.	Double colobome de la paupière sup. droite. Entre les fissures, appendice garnis de longs cils blancs.

Bibliographie	Sexe, Age	Aspect extérieur	Aspect microscopique	Nombre	Côté	Siège	Malformations associées
MULLER E. 36	Masculin 20 ans	Tumeurs rondes, irrégulières, garnies de poils.		2	2	Angle externe.	
RIZET 37	Masculin 23 ans	A l'âge de 17 ans un long cil pousse et provoque des conjonctivites répétées.			G	Limbe.	
LINATI Carlo et VISCONTI Achille 38	Féminin 2 mois	Tumeur rouge, lisse, semi-cartilagineuse, garnie de poils fins. Adhérente.	Couche épidermoïde, bulbes, glandes sebacées, pas de sudoripares.	1		Bord externe du limbe.	
DE GRAEFE 39	Masculin 10 ans					Secteur supéro externe de la sclérotique, empiète sur la cornée.	Colobome des saucils. Colobome des paupières.
MANZ 40	Masculin 18 ans	Bride amnistique s'insérant sur la cornée et près de la fente palpébrale.					
DE GRAEFE 41	3 mois	Masse recouvrant presque toute la cornée sauf un peu en haut.	Dermoïde, petits poils.				
DE GRAEFE 42		Dermoïde.	Ilot de cartilage.			Scléro cornéen.	
STEFFAN 43	Féminin 30 ans	Dermoïde dans l'encoche du colobome.				Bord interne de la cornée.	Colobome des deux paupières sup.
STRAWBRIDGE G. 44	Féminin	Nacrée, jaunâtre par places. Longs poils pigmentés. As-thénopie.				Secteur inféro externe du limbe.	

Bibliographie	Sexe, Age	Aspect extérieur	Aspect microscopique	Nombre	Côté	Siège	Malformations associées
PAGENSTECHE 45		Au sommet une touffe de poils.				Limbe.	
POLAILLON 46	Fœtus M. 8 mois $\frac{1}{2}$	Bride cutanée partant du centre de chaque corne et se soudant au bord interne de la paup. inf. La bride droite est libre à sa partie moyenne.					Encéphalocèle. Bec de lièvre. Division palatine. Syndactyles aux pieds et aux mains.
DAVIDSON 47		Bride allant du colobome au limbe.			G		Cicatrices et excroissances verruqueuses du dos du nez. Colobome de la paupière sup.
TALCO 48	Fémnin 20 ans	Double dermoïde.				Bord interne de la cornée. Cul-de-sac conjonctival.	Colobome de la paupière inférieure droite.
SCHLESS GEMUSEUS 49	Fémnin 57 ans	Grosse tumeur empêchant l'occlusion des paupières.	Bulbes pileux.			De la caroncule au bord interne de la cornée.	
DE WECKER 50	Masculin 30 ans	Dermoïde piriforme non garni de poils.			D		Colobome de la paupière supérieure.
DE WECKER 51	Fémnin 8 ans	Tumeur lisse gris jaune.	Simple couche épithél. et tissu fibreux.				
DE WECKER 52	Fémnin 15 ans	Duvet très fin.	Epithélium. Nombreux follicules pileux.				Strabisme convergent
S.D. FISLEY 53	Masculin 18 ans	Conique. 4 longs cils noirs, d'autres visibles à la loupe.			G	Limbe.	

Bibliographie	Sexe. Age	Aspect extérieur	Aspect microscopique	Nombre	Côté	Siège	Malformations associées
LANNILONGUI 54	Féminin	Bride partant du limbe pour s'insérer sur la joue.					Colobome des 4 paupières. Microphthalmie. Pas de voûte crânienne.
NIEL 55	Masculin 20 ans	Languelette entaillée partant de chaque fente palpébrale et s'insérant sur le limbe.					Colobome bilatéral de la paupière supérieure. Échancrure nasale.
Van DUYSE 56	Masculin 25 ans	Ovale, 7 mm. x 4. Blanc-jaune, recouverte d'un enduit grassecux. Duvet.	Couche épithéliale. Pas de papilles. Follicules pileux. Glandes sébacées.		G	Angle externe et limbe.	Macrostomie. Tumeur derm. préauriculaire bilat.
Van DUYSE 57	Féminin 12 ans	Volume d'un pois. Surface duveteuse, aspect de membrane rosée, myosis.			D	Limbe.	Macrostomie. Double tumeur préauriculaire droite. Asymétrie faciale.
ARLT 58		Dermoïde oculaire.					Absence de conduit auditif externe.
Van DUYSE 59		Bride s'insérant sur le limbe vers 6 h. et sur un petit colobome de la jampe inférieure. Partie médiane libre. Duvet	Tissu analogue à la peau. Follicules pileux. Glandes sébacées. Pas de sudoripares.		G		Epicanthus G. O.C. plus bas que O.D. Aile gauche du nez indimentaire. Différences des 4 extrémités.
PFLUGER 60	Féminin 2 semaines						
VASSEAUX 61	Masculin 15 ans	Tumeur verticale du volume d'une olive. Développement très lent jusqu'à 15 ans.	Revêtement épidermoïde. Centre semblable au derme. Follicules pileux, glandes sébacées, tissu lamelleux près de la sclérotique.			Dermoïde scléro cornéen.	Anomalies crâniennes. Colobome de la paupière supérieure.
VASSEAUX 62	Masculin 14 ans	Volume d'une lentille. En rapport avec la glande lacrymale palpébrale cils.	Epithélium pavimenteux stratifié.		G	Secteur interne, limbe.	

Bibliographie	Sexe, Age	Aspect extérieur	Aspect microscopique	Nombre	Côté	Siège	Malformations associées
ASSEAUX 63	Féminin 15 ans	Excroissance charnue gris-jaune. Base adhérente, axe horizontal. 5 à 6 longs poils récents. Consistance dure.	Glande sudoripare glomérulée.		G	Limbe.	
PANAS 64	Féminin 20 ans	Volume d'un haricot, cil au sommet.	Glande sudoripare glomérulée.		D	Commissure ext.	Nystagmus oscillatoire latéral. Asymétrie faciale. Déformation extérieure du tragus.
PONCET de Chuy 65	Féminin 3 jours	Bride réunissant l'œil à une tumeur de la joue.	Tous les éléments de la peau.		G		Atrophie oculaire. Ni pupille, ni cul-de-sac conjonctival.
WICKERKIEWICKZ 66		Tumeur symétrique.		2	2	Secteur cornéen inféro externe.	Tumeurs préauriculaires.
BURCHARD 67		Tumeur dermoïde cornéenne pure.					
PICQUÉ 68	Féminin 47 ans	Tumeur qui se développe jusqu'à recouvrir toute la cornée.			G	Limbe, secteur externe.	
L'OPATINE 69	22 ans	Tumeur bilatérale. Nombreux poils.		2	2	Partie externe de la cornée.	
THALBERG 70	Masculin	Bride conjonctivale recouvrant le 1/3 externe de chaque cornée.		2	2		Colobome de l'iris et de la choroïde. Tumeur de la sclérotique.
L'ARBOURET 71	Masculin	Rosée, fibreuse. Volume d'une lentille. Adhérente. Indolente.	Structure de la peau. Bulbes pilifères. Glandes sébacées.		G	Limbe.	Asymétrie faciale. Tumeur préauriculaire.

Bibliographie	Sexe, Age	Aspect extérieur	Aspect microscopique	Nombre	Côté	Siège	Malformations associées
GALLENGA 72	Masculin 6 mois	Tumeur recouvrant presque toute la cornée.	Epiderme, derme, graisse, glandes sébacées, quelques sudoripares.		D		
GALLENGA 73	Féminin 1 an 1/2	Volume d'une lentille.	Nombreuses papilles. Tissu adipeux sous-cutané, glandes sébacées. Poils. Glandes sudoripares.		G	Partie inféro externe du limbe.	
GALLENGA 74	Masculin 18 mois	Volume d'une lentille.	Pas de glandes sudoripares.		G	Cornée, bord inféro externe.	
GALLENGA 75	Masculin 3 ans	Cornée rosée, poils blancs fins. Volume d'une lentille.	Pas de glandes sudoripares.		G	Cornée, bord inféro externe.	Deux tumeurs congénitales préauriculaires.
GALLENGA 76	Féminin 20 ans		Epithélium pavimenteux. Lobules de glande lacrymale. Cartilage.		D	Bord externe de la cornée.	
BERGMESTER 77		Tumeurs, symétriques.		2	2	Limbe, secteur externe.	Asymétrie faciale.
PICANO 78	Féminin	Tumeur du volume d'une lentille, 12 poils.				Région supéro externe de la conjonctive.	Plaque hypertrophique de la conjonctive.
LANNELONGUE 79	Masculin 22 jours	Bride réunissant la paupière supérieure à l'inférieure. Un filet s'insère sur le limbe.			D		
KRAMSZLYK 80	Masculin 9 ans	Tumeur jaune rosâtre, molle. Récidive après opération.		1		En partie sur la cornée, en partie sur la sclérotique.	

Bibliographie	Sexe, Age	Aspect extérieur	Aspect microscopique	Nombre	Côté	Siège	Malformations associées
GAND 81		Dermoïdes multiples de la cornée et de la conjonctive.			G		Colobome de la paupière supérieure droite.
BERNHEIMER 82		Deux dermoïdes juxtaposés.	Envahissement du tissu cornéen	2		Sur la cornée uniquement	Iris peu développé adhérent.
ANTOKONENKO 83		Tumeur dermoïde de la cornée.		1		Cornée uniquement.	
WURDEMAN 84		Poils de 2 cm. de long, fins et laineux.		1		Sur le bord libre de la paupière supérieure et sur la conjonctive palpébrale sur 4 mm.	
PERCY Dunn 85		Tumeur dermoïde.		1		Cornée.	
WAGENMANN 86 A. V. GRAEFER		Tumeur dermoïde.		1			
WOLF 87		Dermoïde de la caroncule lacrymale.		1			
BAKER 88	Masculin 24 ans	Grosse tumeur faisant hernie entre les paupières. 2 cm. $\frac{1}{2}$, pédiculée, couverte de poils noirs.		1	G	Secteur inféro externe de la cornée qu'elle couvre entièrement.	
BAKER 89	Féminin 17 ans	Trois tumeurs : deux au niveau du bord scléro-cornéen de 5 mm. de diamètre, la 3 ^e au centre de la cornée.	Dermoïdes.	3	G		

Bibliographie	Sexe, Age	Aspect extérieur	Aspect microscopique	Nombre	Côté	Siège	Malformations associées
I.ODATO 90			Dermoïde pur avec altérations dégénératives.				Colobome atypique de l'iris.
SHELL 91	Masculin 5 mois	Dermoïde pédiculé congénital du volume d'un petit pois.		1		Conjonctive bulbaire.	
LANG 92		Petite tumeur dermoïde.		1		Conjonctive.	
QUENEL 93	Masculin 3 ans $\frac{1}{2}$	Petite masse pointue à sommet couvert de poils.	Papillome développé sur la cicatrice d'extirpation.	1	G	Secteur supéro interne.	La naissance de l'enfant aurait été suivie de l'expulsion d'un fœtus papyrace.
HANKE 94		Dermoïde de la cornée avec lipome endo bulbaire.					Anophthalmie congénitale bilatérale.
ÅHLSTROM 95	Féminin 17 ans	Tumeur congénitale longue de 15 mm., large de 8.	Follicules pileux, glandes sébacées.	1			
COLLOMB 96			Follicules pileux, poils, glandes sébacées rudimentaires.	1		Conjonctive.	
COLLOMB 97			Signes d'inflammation aiguë	1		Conjonctive.	
COLLOMB 98		Double dermoïde associé à un double lipome de la conjonctive.	Abondantes glandes sébacées énormes.	4			Malformation du pavillon de l'oreille, tumeur cutanée en avant du tragus, pied bot.

Bibliographie	Age, Sexe	Aspect extérieur	Aspect microscopique	Nombre	Côté	Siège	Malformations associées
RAMAS 99		Petite tumeur sphéroïdale de 8 mm. de diamètre, pédiculée, sans relation avec la sclérotique, 22 poils ondulés de 2 à 4 cm.		1		Cornée.	
ISCHREY 100		Epidermoïde.		1		Conjonctive bulbaire.	
BOURGEOIS 101		Tumeur soulevant les paupières et les empêchant de se clore.		1		Moitié inférieure de la cornée	
Van DUYSE 102		Dermoïde de la conjonctive palpébrale.					
ROLLET 103	Féminin 19 ans	Grosseur d'une noisette, de couleur jaune rougeâtre.	Epithélium pavimenteux stratifié, abondant tissu fibreux.	1		Conjonctive, cul-de-sac externe.	
BEAL 104	Masculin 13 ans	Tumeur trilobée, absence de poils.			G	Dermoïde de la cornée et de la conjonctive, secteur supérieur externe.	Petit nodule symétrique.
POLACK 105	Masculin 19 ans	Tumeur rougeâtre, indolore, ferme, en saillie de 5 mm.			G	Conjonctive bulbaire, angle interne.	Opacités cornéennes conjuguées. Nævus palpébral, nombreux nævi disséminés. Troubles pileux.
LEVIT 106	5 semaines	Dimensions, 8x7x3.				Rebord scléro cornéen.	

Bibliographie	Sexe, Age	Aspect extérieur	Aspect microscopique	Nombre	Côté	Siège	Malformations associées
LANDOLT 107		O. D. : Tumeur volumineuse et saillante, se perdant en haut derrière le rebord orbitaire, dépassant en bas le diamètre horizontal de la corne. Molle, elle était recouverte de poils longs et de duvet clair. Une bride congénitale horizontale la reliait à une cicatrice inféro-externe. O. G. : Tumeur symétrique plus petite, avec bride.	La tumeur de O. G. contient des glandes sebacées et des follicules pileux ainsi qu'un tissu à structure conjonctivale et des tissus nerveux atypiques. La tumeur O. D. contient du derme et un lobule de glande lacrymale.	2		Angle supéro externe du cul-de-sac conjonctival.	2 ébauches d'oreilles supplémentaires au niveau de l'antitragus droit. Cicatrice cornéenne résidant à une tumeur dermoïde enlevée 4 ans auparavant.
SOKOLAW 108		1 cas de dermoïde.		1			
FISCHNER 109		Dermoïde avec adhérence irienne, l'iris pénétrant dans la tumeur même. Chambre antérieure libre dans le secteur supérieur.		1	G	Toute la corneée et empiétant sur la sclérotique.	Crystallin calcifié et adhérent à la corne.
RUMSZEWICZ 110	Féminin 18 ans	Petite tumeur avec quelques lobules graisseux.	Même structure que la peau Epithélium polystratifié, papilles, vaisseaux, nerfs, puis couche fibreuse avec papilles et glandes sudoripares et sebacées.			Corne.	Staphylome.
DUCLOS 111	10 ans	Tumeur de la grosseur d'une lentille, rouge sombre, développée récemment au niveau d'un petit point rouge du limbe existant dès la naissance.	Développement secondaire au centre d'un épithéliome pavimenteux.				
KRAILHERMER 112	8 mois	Tumeur découverte à la naissance, grossissant rapidement.	Glandes tubulo-acineuses, cartilage hyalin, vaisseaux sanguins et lymphatiques, tissu lymphoïde, muscles striés, terminaisons nerveuses.	1	D		
WEIDLER 113		Donnée.				Chendant inféro-est en 3	

Bibliographie	Sexe, Age	Aspect extérieur	Aspect microscopique	Nombre	Cote	Siège	Malformations associées
GREEVES R.A. 114	Masculin 2 mois	Conique, blanche, 12 mm. de diamètre.	Papilles, follicules pileux, glandes sébacées, faisceaux musculaires.	1	G	Limbe, quadrant supéro in- terne.	Staphylome antérieur.
PENGST A.O. 115	Masculin 17 ans	Volume pois; rose foncée. 6 à 7 pois.	Papilles, glandes sébacées, glande lacrymale.	1	G	Limbe, côté externe.	
COMPOS 116		Dermoides oculaires.					
GALLEMAERTS 117	37 ans	Dermoïde cornéen.		1	G	Extrémité externe du diam. cornéen horizontal.	Lipome sous conjonc- tive.
TICHO 118	Masculin 25 ans	Tumeur lisse, brillante, de 8 mm. sur 4, avec kyste associé.	Ni glandes sébacées, ni for- mations pilifères.	1	D	Limbe, secteur supérieur : 2/3 sur la sclérotique, 1/3 sur la cornée.	Strabisme.
STARK 119	Fémélin. 15 ans	Forme conique, sommet aplati.	Tissu papillomateux. Ni poils, ni glandes.	1	D	Centre de la cornée.	
KEY 120							
AURAND 122	Masculin 14 ans	Pédicule	Dermoïde, sans formations pileuses, très vasculaire.	1	G	Quadrant inféro externe, empiète sur la pupille.	
MARRIOTTI 123	Masculin 12 ans	Tumeur rougeâtre. Quelques poils.	Dérme, faisceaux musculai- res, glandes sébacées, cellules nerveuses, glandes lacrymales.	1	G	Quadrant inféro interne, conjonctive.	

Bibliographie	Sexe, Age	Aspect extérieur	Aspect microscopique	Nombre	Côté	Siège	Malformations associées
SOWERS 124	Féminin 20 ans	Petites tumeurs blanc jaunâtre. Léger strabisme convergent.	Glandes sébacées et sudoripares.	2	2	Cantus externes.	
BUTLER 125			Dermoïde.			Limbe.	
ERBEN 126	Masculin 24 ans	Tumeur blanc-jaune, volume d'un haricot.	Pas de poils.	1	D	N'atteint pas le limbe, région externe.	Colobome palpébral.
VOLMER 127	Féminin 15 ans	Tumeur de 4 mm. sur 5. Consistance cartilagineuse.	Dent dans une tumeur kystique de la conjonctive.	1	D	Quadrant supéro externe. Est séparé du limbe par 7 mm.	Strabisme. Dent.
MILLER 128	Féminin 17 ans	Tumeur s'étendant depuis le centre de la cornée jusqu'à la sclérotique. 5 longs poils.	Dermoïde avec formations pilo-sébacées.	3	D	Limbe.	2 dermoïdopes associés
CALHOUN 129		Tumeur dermoïde congénitale très adhérente. Ouverture de la sclérotique.				Kerato conjonctivale.	Sclérotasie congénitale.
NAROG 130	Nouveau né	2 tumeurs dont la plus importante est la droite.		2	2	Limbe : moitié externe pour O.D., quadrant infero externe pour O. G.	
SCOCANTI 131	Nouveau né	Tumeur bilatérale, symétrique, de la grosseur d'un œuf de pigeon ; pédiculée, pend sur le visage.	Kératome, glandes lacrymales, tissus cartilagineux et osseux.	2	2	Conjonctive bulbaire, secteur temporal.	
MOUSSELEVITCH 132	Féminin 29 ans	Tumeur rouge de 25 mm. de diamètre.	Epithélium de recouvrement, glandes sudoripares et sébacées, fibres musculaires lisses et striées, cartilage hyalin		D	Côte temporelle, recouvre les 2/3 de la cornée.	Fente palpébrale plus étroite. Ébauche de colobome.

Bibliographie	Age, Sexe	Aspect extérieur	Aspect microscopique	Nombre	Côté	Siège	Malformations associées
FARINA 133		Tumeur dermoïde.		1		Conjonctive.	
D'AUDIERET 134							
HORNER et CORDES 135	Masculin 28 ans	La première tumeur dermoïde est blanche, brillante et polue, de 9 mm. $\times$ 3. La seconde est plus petite.	Glandes lacrymales, follicules pileux, glandes sébacées.	2 lip. 2 dém.	G	La première devant la pupille, la seconde sur le limbe secteur externe.	Colobome palpébral. Déviation de la cloison.
BASSIN 136		Kyste dermoïde.		1		Cornéo scléral.	
FARCLOUGH 137		Tumeur dermoïde.		1		Conjonctive bulbaire.	
CHECHIK 138		Tumeur épibulbaire.		1		Limbe.	
KOLACNY 139		Petite tumeur de la conjonctive.		2	2	Bilatérale, symétrique.	

CHAPITRE II

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE

ETIOLOGIE

Nous venons de voir résumées en un tableau général les principales observations des tumeurs dermoïdes de l'œil. Nous allons essayer, en une étude synthétique, d'étudier chacune de leurs caractéristiques et de les grouper en un travail d'ensemble.

La fréquence des tumeurs dermoïdes est extrêmement difficile à établir. Nous avons pu réunir environ 140 cas de tumeurs dermoïdes pures, chez l'homme. Plusieurs auteurs font mention d'autres cas observés par eux antérieurement (PRINGST); mais sur lesquels ils ne donnent aucun renseignement et qui ne permettent pas une identification suffisante.

Quand BURTON CHANCE de Philadelphie présenta deux cas de dermoïde du limbe scléro-cornéen devant le « Wills Hospital Ophthalmic Society », il débuta en ces termes : « Les tumeurs appelées dermoïdes du limbe scléro-cornéen sont assez communes et leurs caractères propres commencent à être connus car leur existence est relativement fréquente. Cependant dans le service du docteur SCHWENT au Wills Hospital, en cinquante ans on en a seulement observé 5 cas. »

TICHO de Jérusalem déclare que sur cinquante mille malades il a observé deux fois seulement des formations de cet ordre.

La fréquence des dermolipomes semble beaucoup plus difficile à évaluer ; la limite entre ces dernières et le lipome pur étant des plus incertaines.

Nous avons rapporté ici 25 cas de dermolipomes typiques qui pour la plupart ne différaient des dermoïdes purs que par la présence de tissu adipeux supplémentaire, mais nous sommes persuadé qu'une étude anatomo-pathologique plus poussée de bien des lipomes conjonctivaux, permettrait de mettre en évidence la présence d'éléments cutanés plus ou moins développés.

Le dermoïde est une tumeur *congénitale* et c'est là un fait capital bien démontré à l'heure actuelle, bien que sur 54 observations où l'âge du malade est mentionné, une quinzaine seulement concernent des nouveaux-nés.

Soit que la famille n'ait rien soupçonné par inintelligence ou manque d'attention, soit que la tumeur de volume très restreint (et c'est le cas le plus fréquent dans le premier âge) passe aisément inaperçue, il est rare, comme le fait remarquer PICQUÉ, que le médecin, en dehors des cas où il existe des malformations associées sérieuses, soit appelé à constater leur présence avant l'âge de la puberté.

Souvent leur siège, dans le fond du cul-de-sac conjonctival, ne permet de les déceler que tardivement, lors d'une poussée d'accroissement.

Près de la moitié des sujets avaient, lors de la découverte, entre 10 et 20 ans, et un tiers des malades dont nous relatons les observations avaient atteint l'âge adulte.

Bien entendu on les a observés chez le fœtus, comme le racontent BRUNGG et POLAILLON (fœtus de 8 mois 1/2).

Beaucoup plus intéressante est la question du *sexe*, sans qu'il soit possible d'expliquer pourquoi, il semble que le sexe masculin soit plus particulièrement frappé par cette malformation (32 sujets féminins contre 48 masculins).

Nous n'insisterons pas sur la notion bien relative *de race ou de pays*, elles ne paraissent pas avoir une influence sensible sur la genèse de ces tumeurs.

Facteurs héréditaires. — Par contre, le rôle des facteurs héréditaires semble des plus considérables comme dans la grande majorité des affections congénitales. Non pas que nous ayons jamais vu rapporté la présence de tumeurs dermoïdes oculaires chez plusieurs membres d'une famille, ce que leur rareté explique facilement, mais il est assez fréquent de constater chez les parents ou les collatéraux, de multiples malformations.

Nous insisterons plus loin, lors de nos recherches pathogéniques, sur l'influence des facteurs infectieux au cours de la vie intra-utérine et sur l'importance des différentes maladies infectieuses chroniques avec, au premier plan, la syphilis. L'alcoolisme, les intoxications, qu'elles soient d'origine endogène ou d'apport exogène, se retrouvent fréquemment à l'origine de ces malformations.

ÉTUDE CLINIQUE

Comme nous l'avons déjà écrit, les tumeurs dermoïdes ne se décèlent que rarement au cours des premiers mois ; elles n'inquiètent en tous cas presque jamais alors les parents.

Jusque vers 14 à 18 ans en effet, elles gardent un volume réduit : une petite lentille le plus souvent. Elles passent moins souvent ignorées lorsqu'elles siègent à leur point d'élection que dans les cas, plus rares, il est vrai, où elles sont implantées dans un cul-de-sac conjonctival et cachées par les paupières.

Elles restent pendant toute cette première période glabres, leur tolérance dans le jeune âge est habituellement parfaite et aucun symptôme irritatif n'attire l'attention.

Mais lors du développement pubertaire, elles subissent une poussée très caractéristique et leur volume ainsi que les poils se développent alors à leur surface, déterminent des phénomènes inflammatoires plus ou moins violents et en tous cas une gêne assez considérable.

C'est à ce moment-là que le médecin est habituellement appelé à les examiner.

L'examen physique. — On peut diviser les dermoïdes d'après leur situation en :

1^o Dermoïdes du limbe :

à cheval sur le limbe,
sur le versant cornéen,
sur le versant conjonctival ;

2^o Dermoïdes extra-limbiques.

Le siège d'élection de cette malformation est essentiellement le limbe scléro-cornéen, à tel point que le terme dermoïde du limbe est presque devenu synonyme de dermoïde de l'œil. Ce n'est pas sans raison, puisque sur 94 cas de dermoïdes purs où le siège est indiqué, nous en avons trouvé 71, qui occupaient la région limbique.

Cependant la tumeur, tout en étant presque toujours contiguë au limbe, peut se développer soit sur le versant cornéen, soit sur le versant conjonctival, soit à cheval sur les deux et cette dernière situation paraît de beaucoup la plus fréquente. Les dermoïdes purement cornéens étant les plus rares de tous.

Lorsque la tumeur siège au niveau du limbe, le secteur inféro-externe entre le droit externe et le droit inférieur, est atteint avec une prédominance marquée (plus de la moitié des observations, 43 sur 94). Puis vient le secteur supéro-externe entre le droit externe et le droit supérieur.

Enfin, la région interne n'est que rarement occupée par des dermoïdes (8 cas).

Lorsque la tumeur est complètement isolée du limbe, ce que nous avons trouvé dans 23 observations seulement, elle siège en général au niveau de l'angle externe de l'œil, où elle a toujours tendance à se développer vers le bas, exceptionnellement dans un cul-de-sac conjonctival ou sur la conjonctive palpébrale, un peu moins rarement au niveau de l'angle interne où elle peut recouvrir la caroncule lacrymale comme le racontent SCHIESS, GEMUSEUS et DEMOURS.

L'unicité est de règle, on ne compte que 23 cas de tumeurs doubles, dont 3 concernant des dermo-lipomes.

Six observations concernent un dermoïde ou dermo-lipome double du même œil.

Citons à ce sujet le malade de LAMB et HARDY qui présentait du côté temporel de l'œil gauche une tumeur, et du côté nasal, une bride cutanée.

Cinq observations concernent des brides ou adhérences palpébrales symétriques. Douze des tumeurs doubles et symétriques.

Trois fois seulement ont été signalées des tumeurs triples (WITHE COOPER, BAKER, MILLER).

Quatre fois des tumeurs quadruples.

Le premier qui en rapporta un exemple fut HORNER ; son malade présentait un dermoïde de l'œil droit avec un triple dermoïde de l'œil gauche. La paupière supérieure droite était de plus le siège d'un colobome double, d'où s'échappait un appendice cutané garni de longs cils blancs.

Le second est un malade de COLLOMB qui avait un double dermoïde associé à un double lipome symétrique de la conjonctive.

La troisième observation de tumeur quadruple fut publiée en 1929 par HORNER et CORDES ; elle concerne un homme de 28 ans porteur de dermoïdes bilatéraux et symétriques, associées à des dermolipomes également bilatéraux et symétriques.

Notre observation est, croyons-nous, la seule dans laquelle soient signalés 4 dermoïdes vrais symétriques.

La symétrie semble être presque la règle dans les tumeurs multiples. Dans les tumeurs uniques, les deux côtés sont atteints avec la même fréquence.

L'aspect essentiellement variable peut être arrondi, soit plus souvent encore celui d'une sorte de cône tronqué à base ovale, mais on peut rencontrer des tumeurs plates et même pédiculées.

Habituellement le diamètre maximum est le diamètre horizontal et cela surtout pour les tumeurs du limbe, orienté suivant l'axe de la fente palpébrale. Une fois seulement nous avons trouvé l'axe vertical.

Le volume augmente avec l'âge, mais cesse toujours d'augmenter vers 20 ans. Il peut devenir si important que, ne pouvant être contenu dans la cavité conjonctivale, le dermoïde fait saillie en avant, repousse l'écran palpébral et écarte les paupières ; il provoque alors des phénomènes irritatifs assez violents et peut amener toutes les complications qui entraînent l'immobilité de la fente palpébrale.

Mais d'habitude on peut comparer leur volume à un petit pois ou à une noisette, parfois à une petite cerise.

La consistance du dermoïde est normalement ferme, résistante, fibreuse, on a même pu dire cartilagineuse, tellement le tissu fibreux peut être dense et en dehors de la présence toujours possible d'éléments réellement cartilagineux. La palpation fait parfois sourdre un liquide épais, demi-transparent, dû aux volumineuses glandes sébacées assez souvent présentes.

La surface recouverte alors d'un enduit graisseux, prend un aspect gris-blanchâtre, ou jaunâtre.

Mais on voit plus fréquemment encore la surface tumorale sèche et rosée, très semblable à la conjonctive, ou encore porcelainée. La tumeur, fait remarquer LAGRANGE, n'est jamais fortement colorée, ce qui est dû à l'absence presque constante de vascularisation. PFINGST déclare que la teinte est en rapport avec l'intensité de coloration de la peau de l'individu.

L'aspect général est comparé à la peau dont on retrouve ici plusieurs des caractéristiques : la surface souvent inégale, striée ou grenue, est parfois veinée de sillons plus ou moins profonds et même peut être recouverte de papilles mal développées, comme VASSEAUX et RYBA l'ont constaté.

Mais dès le début de l'examen, la présence de poils à la surface du dermoïde frappe le regard.

Ces formations pileuses peuvent être divisées en deux types : les unes formées par un fin duvet clair et parfois presque invisible à l'œil nu, existent dès la naissance et persistent en général sans changement.

Les autres, constituées par de longs poils plus foncés, raides et peu nombreux, poussent au moment de la puberté en même temps que la barbe dont ils ont la teinte. Ces longs cils peuvent être si développés qu'ils descendent sur la joue, débordant les vrais cils (WARDROP).

On peut d'ailleurs en voir de blancs ou de mal colorés comme dans le cas de HORNER. Leur nombre très variable peut atteindre 15 ou même davantage, mais d'ordinaire on rencontre seulement deux ou trois poils au sommet de la tumeur.

Les tentatives de mobilisation sur les plans sous-jacents restent en général vains, l'adhérence avec le limbe étant très étroite,

cependant, alors que la base cornéenne est intensément unie à la zone d'implantation, les parties qui reposent sur la conjonctive restent susceptibles d'une certaine mobilité. BERNHEIMER, COHEN et GREEVES ont rapporté des observations où l'adhérence à la cornée était si profonde que celle-ci était infiltrée dans toute son épaisseur.

L'examen de l'œil atteint de dermoïde peut ou bien rester complètement négatif, ou bien révéler un certain nombre de modifications pathologiques.

La conjonctive presque toujours un peu rouge et hyperhémiee, trahit le frottement de la tumeur à son niveau.

Mais les phénomènes les plus intéressants à rechercher consistent en la coexistence de malformations associées dont nous allons bientôt parler.

L'examen fonctionnel ne décèle pas de troubles bien graves. La douleur, l'épiphora restent en général très minimes, sauf au moment des poussées évolutives, à tel point qu'un homme porteur d'une volumineuse tumeur qui amenait un malade à DE WECKER, ne songeait même pas à consulter pour lui, et que le sapeur dont parle RIZET, refusa de laisser pratiquer l'ablation d'un dermoïde dont les poils atteignaient le milieu des joues.

L'acuité visuelle est rarement parfaite. En dehors des cas assez fréquents où la tumeur empiète sur la pupille, il faut compter avec les malformations associées et avec l'astigmatisme à notre avis beaucoup plus fréquent qu'il n'est mentionné (LAMB : Astigmatisme hypermétropique), surtout si la tumeur s'implante sur la cornée.

MALFORMATIONS ASSOCIÉES

L'origine congénitale de ces tumeurs permet *a priori* de penser à la possibilité d'autres malformations.

Un trouble du développement fœtal provoquant bien rarement une lésion isolée, le dermoïde ne serait donc qu'un élément parmi un ensemble d'autres troubles ontogénétiques.

C'est bien ce que fait ressortir une statistique de nos observations. Nous avons remarqué l'association de malformations chez près de 32 % des malades atteints de dermoïdes.

Les plus fréquentes de toutes seraient les *colobomes des paupières* (15 cas) et surtout de la paupière supérieure du côté atteint (2 cas).

Mais on peut voir des colobomes siégeant sur les paupières des deux côtés (3 cas) et même sur les 4 paupières ; tel était le malade de LAMELONGUE.

Après quoi viennent les *malformations auriculaires* (5 observations), consistant soit en l'absence de conduit auditif externe, soit en anomalies de la conque ou du pavillon, parfois même en oreilles supplémentaires, ainsi que l'a signalé LEBER.

Les *tumeurs préauriculaires* paraissent aussi remarquablement fréquentes puisqu'on peut en compter 6 cas dont plusieurs multiples et bilatérales.

Viennent ensuite, par ordre de fréquence :

Le *strabisme* (5 cas), en général convergent, l'*asymétrie faciale* (4 cas) et la *microphthalmie* (4 cas).

Plus souvent on peut observer d'autres malformations. Au niveau du globe oculaire ce sont : le *nystagmus*, le *colobome de l'iris* (2 cas) ou de la *choroïde*, la *correctopie*, les *adhérences iriennes* ou *cris-talliniennes*, les *opacités cornéennes congénitales*, le *staphylome antérieur* ou les *sclérectasies*. On peut observer aussi l'étroitesse de la fente palpébrale et le *colobôme* des sourcils.

L'extrémité céphalique au développement si complexe et pourtant si précoce est, nous le voyons, touché de manière élective et la formation des bourgeons faciaux est souvent perturbée, ce qui explique les *bec-de-lièvres* associés aux tumeurs dermoïdes, becs-de-lièvre soit simplement localisés à la lèvre supérieure soit provoquant de graves dégâts ; le malade de BRUNS avait la lèvre supérieure fendue par deux fissures aboutissant à la fente oculaire et séparant les deux points lacrymaux, deux brides étaient insérées sur le centre de sa cornée et outre une microphthalmie bilatérale, il était porteur d'une hydrocéphalie considérable.

La *macrostomie* n'est pas rare, ainsi que les malformations palatines allant de la simple voussure à la division complète de la voûte.

L'*asymétrie faciale*, compagne si assidue de toutes les déchéances congénitales, se rencontre avec une grande fréquence et l'on a observé aussi des déviations de la cloison.

Au niveau de la face on observe des verrues, des *noevi*. Au niveau de la voûte, des encéphalocèles, des céphalématomes ; au niveau des extrémités, POLAILLON a décrit des syndactylies tant au niveau des mains que des pieds et des difformités variées, et WEIDLER l'absence, phénomène assez curieux, du petit doigt de la main gauche.

Il nous faut maintenant parler de la si importante question des *brides cutanées*.

Nous avons vu que l'on observe ces brides au niveau de l'œil où elles paraissent jouer là le même rôle que les dermoïdes. Nous les avons d'ailleurs classées dans nos observations sur le même plan que ces tumeurs dont elles sont l'équivalent.

Ces brides (voir obser. de POLAILLON) partent du limbe ou même du centre de la cornée et vont s'insérer soit sur la com-

missure interne des paupières, soit sur les paupières-elles-mêmes, soit sur la joue.

Elles peuvent ne siéger qu'à un seul œil (VAN DUYSE). Elles peuvent siéger aux yeux et alors s'unir l'une à l'autre.

PICQUÉ rapporte dans sa thèse une figure de MANZ représentant un colobome bilatéral de la paupière supérieure, dont l'encoche est occupée par une bride dermoïde qui va s'unir d'une part à la cornée, d'autre part à la peau du front.

Le fœtus célèbre de BURNS portait une bride cutanée bilatérale très mince s'insérant sur le centre d'une cornée microphthalmie et venant se réunir l'une à l'autre sur la ligne médiane.

Lorsque ces brides n'ont pas une extrémité libre, elles peuvent, ou bien adhérer sur tout leur parcours, ou être libres à leur partie moyenne.

La connaissance de ces brides cutanées et de ces malformations diverses nous sera précieuse lorsque nous étudierons la pathogénie des dermoïdes et permettra d'appuyer ou d'infirmer les hypothèses concernant leur genèse.

COMPLICATIONS

Les complications ne peuvent être considérées comme fréquentes.

L'infection revêt rarement un caractère grave ; pourtant, l'œil sensibilisé par les microtraumatismes continuels et les frottements des poils, est très fragile et est le siège de conjonctivites à répétition.

La dégénérescence maligne est exceptionnelle ; quant au dermo épithéliôme de PARINAUD, nous étudierons à part ses rapports avec les dermoïdes.

On a observé rarement des foyers hémorragiques à l'intérieur de ces tumeurs ; ils ne semblent pas s'être traduits par des symptômes cliniques appréciables.

CHÂPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE.

L'étude anatomique de ces tumeurs révèle une analogie frappante avec les kystes dermoïdes, à tel point que plusieurs auteurs les ont publiées sous la dénomination erronée de kystes dermoïdes du limbe.

Mais alors que les tumeurs dermoïdes prennent l'aspect kystique dans l'orbite ou au niveau de la queue du sourcil, au niveau de la conjonctive elles restent sous la forme de masses pleines, sans cavité centrale, et les produits de sécrétion s'échappent à l'extérieur au lieu de s'accumuler dans une cavité close. Ceci à part quelques rares exceptions.

A la section : la surface coupée revêt un aspect blanchâtre, blanc jaunâtre, sèche, criant sous le couteau, de consistance ferme mais souvent ramollie à sa partie moyenne, qui peut être le siège de petits foyers hémorragiques noirâtres ; l'on voit une succession de couches diverses s'étageant de la surface à la profondeur ou elle se fond insensiblement avec les tissus oculaires sous-jacents.

Le produit de sécrétion, en tout semblable aux produits contenus dans les kystes dermoïdes, s'étale ici à la surface, à laquelle

il adhère. C'est une matière blanchâtre, grasseuse et alors formée en majorité de glycérine, ou jaunâtre et ici prédominent les oléates, ou huileuse et semi-transparente.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MICROSCOPIQUE.

C'est RYBA qui a établi les bases essentielles anatomo-pathologiques des tumeurs dermoïdes, c'est lui qui a résumé ainsi leurs caractéristiques : « On doit considérer les dermoïdes comme possédant une structure en tout semblable à celle de la peau. Ce sont comme des îlots de paupière adhérents au globe oculaire. »

Les plus importants travaux écrits sur la question ont été publiés par VAN DUYSE, PONCET de Cluny, GALLENGA et VASSEAUX qui ont complété les études de RYBA.

La tumeur comprend, de la surface externe à son implantation sur la cornée, une série de couches régulières superposées. Ce sont essentiellement les trois principales couches de la peau : épiderme, derme, tissu cellulo-graisseux et sous-cutané.

À côté de ces couches on observe des éléments assez variés qui y sont inclus. Toutes les masses examinées sont loin d'être aussi typiques et certaines contiennent à peine de rares éléments dermoïdes isolés et atrophiés; en effet, lorsqu'il n'y a pas de poils à la surface de la tumeur le derme est en général moins complet, caractérisé par des couches lamellaires, sans noyaux, absence complète des follicules pileux et des glandes sébacées.

1^o *L'épiderme*. — Il ne présente rien de très particulier et lorsqu'il est bien développé on peut lui décrire comme à l'épiderme normal : une couche cornée superficielle, une couche de Malpighi typique avec ses cellules prismatiques et ses cellules polyédriques.

2^o *Le derme*. — Est plus caractérisé. À sa surface on remarque des papilles rarement bien développées, ce sont de très légères ondulations qui soulèvent à peine l'épiderme. Rarement elles lui donnent un aspect velvétique ou granuleux.

La charpente du derme est ici caractérisée par des faisceaux de fibres conjonctives, entourées par endroits de très nombreuses cellules nucléées et rondes ainsi que par des fibres élastiques.

« Les faisceaux de fibres du tissu lamineux affectent en général une direction parallèle à celle de la couche épithéliale. Au niveau de la couche papillaire ils présentent une ondulation plus ou moins exagérée et semblent moins serrés, englobant des amas de cellules rondes à noyaux. Ces cellules, nombreuses à la périphérie, deviennent de plus en plus rares et disparaissent dans la profondeur.

Dans nombre de cas même ces cellules à gros noyaux ont semblé faire totalement défaut. Une fois VASSAUX a insisté sur l'existence dans les parties les plus superficielles du derme de nombreux corps fusiformes ou en étoiles remplis de véritables granulations pigmentaires. On peut également trouver ces granulations dans les interstices du tissu cellulaire. » (TUAILLON.)

La présence de ce pigment au sein du derme permet de confirmer l'origine palpébrale du tissu dermoïde ; en effet, ce pigment se rencontre électivement au niveau de la couche papillaire des paupières. Il n'est donc pas illogique de penser que puisque la structure est identique, la source est la même.

Signalons encore dans l'épaisseur du derme la présence de fibres ou fibrilles conjonctives très nombreuses, ramifiées, anastomosées et formant une sorte de treillis. « De la partie profonde de la tumeur se détachent de gros troncs de fibres à double contour qui diminuent peu à peu de volume et se ramifient à mesure qu'on se rapproche de la surface. Arrivées à une certaine distance de la couche papillaire, ces fibres élastiques se résolvent en une infinité de fibrilles qui forment par leur entrecroisement un véritable plexus sous-papillaire très élégant. De ce plexus émergent de nouveaux troncs qui se ramifient en forme d'arborescences et vont se terminer en réseaux à la surface du corps papillaire. »

Le tissu cellulaire sous-cutané se continue insensiblement avec le derme ; dans la partie profonde de ce dernier les fibres lamineuses divergent, perdent leur parallélisme, se dissocient, s'écar-

tent et forment un tissu lâche, aréolaire, où s'infiltrant des cellules graisseuses.

Ce pannicule adipeux peut acquérir une telle importance que, ainsi que l'ont fait remarquer HEYFELDER et ARLT, on peut confondre parfois la tumeur avec un lipome. Mais plus profondément encore au niveau de la base d'implantation, le tissu lamineux se reconstitue avec ses lamelles serrées et feutrées, il prend l'aspect du tissu scléro-cornéen avec lequel il se fond si intimement qu'il est parfois impossible de reconnaître les limites de la cornée ou de la tumeur.

Exceptionnellement, ces tumeurs sont reliées à la sclérotique par un tissu conjonctif lâche.

LES ÉLÉMENTS OU DERME ET LES PHANÈRES.

Ces éléments plus ou moins abondants ont une grande importance diagnostique et nosologique.

MIRVALSKI divise d'après leur existence les tumeurs dermoïdes en 3 grandes classes :

1^o les tumeurs dermoïdes contenant des follicules pileux, des glandes sébacées et sudoripares ;

2^o les tumeurs dermoïdes renfermant seulement des glandes sudoripares ;

3^o Les tumeurs ne contenant ni follicules pileux, ni glandes sudoripares, ce sont les plus rares de toutes.

1^o *Les follicules pileux.*

La plupart des dermoïdes contiennent des follicules pileux et des poils. A ces follicules pileux sont bien entendu adjoint le plus souvent des glandes sébacées.

Les glandes sébacées sont situées dans le derme, mais superficiellement ou dans les couches moyennes ; elles s'ouvrent au niveau des follicules et leur volume variable est d'ordinaire réduit. Il en est ainsi au niveau des paupières, fait remarquer LAGRANGE.

Les plus volumineuses seules peuvent atteindre par la base de leur cul-de-sac le tissu cellulaire.

Dans notre observation, comme le montrent les microphotographies jointes au travail, on peut constater la présence de nombreuses et énormes glandes sébacées.

2° *Les glandes sudoripares.*

Elles sont tout à fait exceptionnelles, comme on peut le voir par un simple regard jeté sur notre tableau synoptique. HEYFELDER, VASSEAUX, REYMOND (*in* GALLENGA), NOTA et GALLENGA en avaient autrefois observé. La glande décrite par VASSEAUX était située dans la peau et l'on pouvait lui reconnaître un tube excréteur et des cellules sécrétantes. Le tube de la portion glomérulaire était plongé au milieu du tissu adipeux, il présentait très nettement une paroi ankyste et une double couche épithéliale : cellules fusiformes et cellules cubiques centrales. De nombreux capillaires enveloppent la glande. (RAYMOND).

Le cas n'est pas toujours aussi net et si l'on s'en réfère aux descriptions de RAYMOND, on observerait parfois, situés profondément au milieu d'amas adipeux, « de petits conglomérés d'acini glandulaires revêtus par des cellules épithéliales larges, cubiques, formées de gros noyaux. »

GALLENGA ayant observé des lobules rappelant les lobules de la glande lacrymale comme disposition, a été frappé de cette analogie.

Étant donnée l'origine palpébrale probable de ces tumeurs dermoïdes, on pourrait se demander si toutes ces glandes ne dériveraient pas des glandes décrites par MOLL au niveau du bord ciliaire de la paupière et qu'il pense être des glandes sudoripares modifiées.

3° *Formations diverses.*

Beaucoup plus exceptionnellement, on peut constater la présence de concrétions calcaires, d'ostéomes, de cavités hémorra-

giques et même de dent comme dans l'observation de W. VOLMER. La présence de dent n'a été signalée qu'une fois au niveau de la conjonctive, en dehors de l'observation de VOLMER par DE GRAEFE (*in* DE WECKER et LANDOLT) qui décrivit une tumeur dure comme du cartilage sous la conjonctive, extirpée elle renferme du véritable tissu osseux et ressemble dans sa conformation à une dent incisive de 3 mm. de long.

BARNES, DE LAPERSONNE. VELTER et PRELAT ont décrit des dents surnuméraires dans des kystes dermoïdes de l'orbite ; WITHMANN en observa un cas au niveau de la glande lacrymale ; CARVER, au niveau de la paupière.

Signalons encore les cas de VAN DER STROETEN et d'APPELMANS.

Au niveau des tumeurs dermoïdes, la présence de cartilage a été confirmée par RYBA, SCHWEIGGER, LEBER et FRIEDLAND. FRIEDLAND décrit dans la littérature onze cas d'ostéomes conjonctivaux, dont certains inclus dans des tumeurs dermoïdes.

La présence de fibres musculaires lisses ou striées a bien été étudiée par BOGEL.

VAISSEAUX ET NERFS.

Les dermoïdes sont très peu vascularisés. Les vaisseaux qui les nourrissent, larges et volumineux au niveau de leur base et du tissu adipeux sous-cutané, se transforment bientôt en capillaires ; ces capillaires prennent alors une direction parallèle au revêtement épithélial. « Ces capillaires dans certains cas se gonflent au niveau des papilles et s'entourent d'une prolifération assez abondante de cellules jeunes, preuve du développement de ces tumeurs. » (LAGRANGE.)

Les nerfs ont été peu étudiés. VASSEAUX signale, à la face profonde du pannicule graisseux, des fibres nerveuses.

Dans la plupart des observations où l'on décrit des fibres nerveuses, elles sont irrégulières, déformées, moniformes ou atrophiées.

Nous n'avons jamais remarqué que l'on ait décrit des corpuscules spéciaux du tact : de KRAUSE ou de MEISSNER.

BRIDES DERMOIDES.

La structure des brides dermoïdes ne nous retiendra pas longtemps : leur structure est identique à celle des dermoïdes, elles présentent une forme arrondie ou triangulaire et sont constituées par une couche épithéliale avec zone papillaire, des poils et des glandes sébacées.

CHAPITRE IV

LES ÉTAPES DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic de tumeur dermoïde ne semble pas devoir être bien délicat : l'examen clinique, l'aspect de la tumeur, son siège, la notion de congénitalité, la présence de poils, l'indolence suffisent à les distinguer de la plupart des autres tumeurs.

Il sera toujours utile de rechercher l'adhérence de la tumeur et le degré d'adhérence à la cornée, ce qui présente du point de vue opératoire une grande importance ; un examen au biomicroscope peut fixer sur ce point.

Il est également indispensable de procéder à un examen complet de l'œil et de rechercher s'il n'existe pas d'autres anomalies congénitales de l'iris ou du fond de l'œil.

L'examen anatomo-pathologique est indispensable dans tous les cas douteux et bien souvent établira le diagnostic.

I. — *On éliminera tout d'abord les* TUMEURS MALIGNES

de la conjonctive,

de la cornée.

a) L'épithélioma de la conjonctive s'observe surtout chez les vieillards, il s'étend progressivement, s'ulcère.

b) Le sarcome de la conjonctive outre sa rareté et son évolution rapide, est très caractéristique, surtout le sarcome mélanique. Seul peut prêter à confusion le sarcome primitif du limbe au début.

c) Le lymphadénome conjonctival est trop exceptionnel pour retenir notre attention ; il est lisse, très adhérent, très vasculaire, charnu..

d) Les sarcomes de la cornée sont des élevures grisâtres ou rougeâtres, framboisées, indolores, mollasses, à évolution en général lente, rarissimes.

e) L'épithélioma de la cornée, à peine plus fréquent, ressemble beaucoup à l'épithélioma de la conjonctive, il prolifère au devant de la cornée sans tendance bien grande à l'infiltrer.

II. — Le diagnostic avec les TUMEURS BÉNIGNES offre d'ordinaire peu de difficulté.

1^o *Le ptérygion* se reconnaît d'emblée à sa forme caractéristique, mais certains dermoïdes de l'angle interne de l'œil peuvent se ressembler beaucoup. L'erreur est d'autant plus facile que des auteurs comme WARDROP et FRÉDIRICI ont constaté des ptérygions congénitaux.

2^o *La pinguécula* est aussi une tumeur acquise et bénigne, elle forme une tache légèrement surélevée et blanc-jaunâtre, comprise dans l'épaisseur de la conjonctive, elle se déplace avec elle et est caractérisée par une dégénérescence hyaline du tissu fibreux. Elle paraît après 40 ans et garde un volume réduit.

3^o *Les polypes* siègent dans l'angle interne de l'œil, au niveau de la portion réfléchie de la conjonctive, sur le repli semi-lunaire ou la caroncule lacrymale ; leur consistance est molle, leur aspect tomenteux, très vascularisé ; ils saignent facilement et présentent presque toujours un pédicule.

A côté de ces polypes prennent place les végétations et granulations dont l'étiologie traumatique ou opératoire se retrouve facilement.

Il faut en rapprocher aussi les papillomes, dont les caractères microscopiques ne laissent aucun doute.

4° *Les kystes de la conjonctive :*

a) *Les kystes par inclusion* se rapprochent des tumeurs dermoïdes. WHOLF a constaté un petit kyste transparent gros comme une fève, implanté à un centimètre du limbe et contenant des poils. Mais la notion de plaie ou de traumatisme antérieur et l'apparition récente de ces kystes suffit à les caractériser.

b) *Les kystes glandulaires* sont constitués par une formation kystique tapissée d'un épithélium cylindrique dérivé des glandes acino-tubuleuses de KRAUSE ou des glandes de HENLE. Ils peuvent contenir des concrétions calcaires.

c) Nous ne parlerons que pour mémoire des *kystes lymphatiques* et des *kystes à entérozoaires*, qui n'ont rien de commun avec les dermoïdes.

5° Il en est de même des *angiomes* et des *varices* de la conjonctive.

6° Par contre, le diagnostic peut hésiter entre une tumeur dermoïde et un *ostéome*. D'ailleurs, il s'agit ici, tout au moins dans la plupart des observations connues, de lésions congénitales produites par un trouble du développement du feuillet moyen.

Le siège d'implantation est le même : le secteur externe du limbe, les malformations associées sont fréquentes et la coexistence avec un dermoïde possible. L'ostéome peut même être inclus dans le dermoïde, ce que les conceptions pathologiques actuelles expliquent parfaitement.

Les lipomes et dermolipomes posent un problème singulièrement plus délicat.

L'affection que l'on désigne sous l'appellation de lipome sous-conjonctival comprend en réalité deux types : dans l'un il s'agit d'un lipome vrai s'étant développé aux dépens des éléments adipeux sous-conjonctivaux ; dans l'autre, on constate la présence d'éléments ectodermiques inclus : c'est le dermolipome.

Les éléments ectodermiques peuvent prédominer, ils peuvent au contraire rester peu nombreux, isolés, et n'être reconnus qu'à un examen microscopique soigné.

Les dermolipomes avec prédominance d'éléments dermoïdes semblent très rares et nous avons réuni les plus caractéristiques dans un chapitre particulier. Ils ne diffèrent en rien des dermoïdes vrais en dehors de la présence de tissus graisseux plus ou moins abondant. Comme eux ils peuvent être associés à d'autres malformations.

Leur aspect extérieur diffère peu des dermoïdes : ils sont plus mous, jaunâtres ou rougeâtres, parfois lobulés et plus vasculaires que les tumeurs dermoïdes. On observe toutes les transitions avec les lipomes, mais il n'est pas rare d'y rencontrer des plaques épaisses, nacrées, contrastant avec l'aspect ordinaire de la conjonctive, vestiges de l'épiderme.

Ces tumeurs, un peu plus fréquentes dans le sexe féminin, passent en général inaperçues au moment de la naissance car elles siègent plus volontiers sous la paupière supérieure et pour les reconnaître il est d'habitude nécessaire de retourner la paupière.

Le diagnostic entre le lipome pur et le lipodermoïde n'est pas toujours facile et il ne faut pas se fier à la consistance et à l'aspect extérieur de la tumeur. On a signalé cependant que les dermolipomes adhéraient solidement à la conjonctive alors que les lipomes simples étaient facilement mobilisés sous celle-ci.

Souvent seul l'examen anatomo-pathologique permettra de dire si oui ou non des éléments dermoïdes existent dans une tumeur d'apparence extérieure lipomateuse. L'on aura la surprise de constater beaucoup plus souvent qu'on ne croit des formations épidermiques variées à l'intérieur de lipomes sous-conjonctivaux.

Les dermo-épithéliomes.

Reste à traiter la question du dermo-épithéliome. On pourra consulter avec fruit à ce sujet la thèse de CASSIAU.

Leur couleur est jaune-rougeâtre, l'aspect semi-translucide, quelquefois lobulé ; ils siègent près du limbe, secteur externe,

avec tendance à se développer en nappe et à envahir la cornée. Ils restent longtemps mobiles sur la sclérotique et s'observent chez des sujets jeunes.

PARINAUD considère ces tumeurs comme des affections congénitales. KALT n'a rien trouvé qui rappelle la structure des dermoïdes et les classe parmi les épithéliomas.

Le diagnostic est en général facile et le seul traitement l'exérèse large.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Les conceptions pathogéniques les plus diverses ont successivement été invoquées pour expliquer la formation des tumeurs dermoïdes, mais seules les acquisitions embryologiques modernes ont pu trancher définitivement cette délicate question.

La formation des dermoïdes est effectivement liée à tout le développement du massif facial et de ses annexes et l'on ne peut la comprendre, ainsi que les malformations concomitantes, sans un rapide schéma embryologique.

Alors que les ébauches du globe oculaire, les vésicules oculaires primitives, apparaissent de façon extrêmement précoce puisqu'on les constate déjà chez l'embryon de 3 semaines (19 à 20 jours) et que dès la 4^e semaine l'ébauche cristallinienne apparaît. Ce n'est que très tardivement, après la formation de la cornée, vers le 3^e mois de la vie intra-utérine, que commencent à apparaître les futures paupières. On les voit apparaître sous forme de deux petits bourrelets transversaux formés par un repli de l'ectoderme. Entre les deux feuillets de ce repli s'insinue une lame mésodermique. Le feuillet antérieur formera la peau de la paupière, le feuillet postérieur donnera la conjonctive et le mésoderme intercalé donnera naissance aux glandes de Meibomius et au muscle orbiculaire.

Ces deux bourrelets vont se rapprocher peu à peu jusqu'à former la fente palpébrale. A la fin du 3^e mois ou au commencement du 4^e cette fente se ferme.

Il se fait là comme le dit KOLLIKER, une véritable soudure par développement des épithéliums des deux bords palpébraux, de sorte que les couches cornées forment un tout sans division. Cette soudure est préparée chez certains animaux par une prolifération précoce du feuillet corné. De même, KOLLIKER a remarqué que la cornée au niveau même de la fente palpébrale, c'est-à-dire à sa partie inférieure, était notablement plus épaisse que dans les parties couvertes par la paupière, ce qui constitue un bourrelet cornéen qui se détruit dès que la paupière se soude.

Pendant que les paupières sont soudées on voit se développer dans l'épaisseur et de part et d'autre de celles-ci les cils et les glandes de Meibomius. La soudure se détruit au moment où les cils sortent de leurs follicules et où les glandes de Meibomius commencent à sécréter.

Chez certains vertébrés une troisième paupière existe latéralement, la membrane nictitante, qui chez l'homme existe à l'état rudimentaire et constitue le repli semi-lunaire.

La plupart des auteurs sont d'accord pour invoquer la relation qui semble exister entre ces tumeurs et le colobome palpébral.

Pour RYBA, toutes les parties du système cutané qui jusqu'au parfait développement du fœtus restent exposées à la surface du corps acquerront peu à peu la structure de la peau bien développée, tandis qu'au contraire les parties de ce système qui se renversent en dedans, ou sont couvertes comme la conjonctive l'est, par les replis palpébraux, se transforment en membrane muqueuse.

Si les paupières ne se ferment pas complètement, si par suite d'un colobome une zone cornéenne vient à rester découverte, elle prendra peu à peu les caractéristiques du tégument externe.

Cette théorie semble passible de nombreuses objections et HANZ fait très justement remarquer que dans l'absence congénitale des paupières il n'existe aucun changement dans la structure de la conjonctive. De plus, les données d'embryogénèse

modernes infirment les idées de RYBA sur la transformation de la conjonctive et cette théorie n'explique nullement la présence de brides cornées palpébrales (cas de POLAILLON, de VAN DUYSE, de PANAS).

THÉORIE DE GALLENGA.

Pour GALLENGA, le rôle de la membrane nictitante dont la *plica semi lunaris* n'est que le vestige, chez l'homme, serait prépondérant.

Cette troisième paupière serait suffisamment développée au début du 3^e mois pour recouvrir toute la cornée. De la pression que pourraient (sous l'influence de facteurs divers) exercer alors sur elles les paupières supérieures et inférieures soudées, naîtrait une adhérence en un point quelconque de la cornée ou de la sclérotique. Plus tard, en se retirant, la membrane nictitante se briserait au voisinage de l'adhérence contractée.

Il est d'abord contesté que la membrane nictitante, au cours de la vie intra-utérine, puisse jamais acquérir un développement suffisant pour recouvrir dans sa totalité le segment antérieur de l'œil.

Mais, alors même que par ce processus pourraient se former des tumeurs dermoïdes de l'angle interne de l'œil, on ne peut concevoir l'établissement des brides cornées palpébrales.

Nous ne citerons que pour mémoire la théorie d'OSBORN et TILLAX. Pour eux, le dermoïde se développerait aux dépens des débris du bourgeon ectodermique qui donne naissance au cristallin.

Cette théorie semble inacceptable, à peine pourrait-elle expliquer la formation des tumeurs limbiques.

DE WECKER a défendu sans les modifier considérablement les opinions de RYBA.

Aucune de ces théories ne donne d'ailleurs l'explication des malformations associées.

La production de ces dernières est-elle due à un simple arrêt de développement ? Mais à aucun moment, comme l'a fait si

exactement remarquer MANZ, la paupière supérieure n'est formée de deux moitiés. Il faut donc admettre que dans sa descente la paupière a rencontré un obstacle.

Cet obstacle, MANZ pense l'avoir trouvé ; en effet, dans l'observation qu'il présente, une bande possédant tous les caractères du derme s'étend de la peau du front au bulbe oculaire en passant entre les deux bords du colobome ; ce serait le reste d'une adhérence entre le tégument externe embryonnaire et l'œil, et telle serait la cause du colobome.

PICQUÉ, faisant état de notions embryologiques plus précises, fait intervenir ce mode d'occlusion des paupières dans la pathogénie des dermoïdes.

Nous avons rappelé que vers la fin du 3^e mois de la vie intra-utérine s'établissait une soudure entre les deux bourgeons ectodermiques palpébraux. C'est ainsi que se forme au point de soudure une prolifération abondante de tissu jeune. Coïncidant avec cet épaissement, la cornée, au niveau de la fente palpébrale, est notablement plus épaisse et il se constitue là un bourrelet, bourrelet qui peu à peu va s'atténuer et disparaître, mais il pourrait ne pas en être ainsi. La prolifération palpébrale de son côté pourrait fort bien s'exagérer surtout en arrière. Il se constituerait alors une soudure anormale entre la cornée et les paupières.

Le défaut de parallélisme entre le développement de l'amnios et de l'embryon, le défaut de liquide amniotique, toutes les causes enfin qui peuvent comprimer le fœtus, favorisent singulièrement ce processus en appliquant étroitement sur le bulbe les replis palpébraux.

Cette compression amniotique permet également de comprendre la coexistence d'anomalies variées, de macrostomie, de tumeurs préauriculaires.

Cependant elle ne permet pas de faire entrer en jeu les adhérences entre l'embryon et l'amnios, adhérences qu'invoquent MAUZ, VAN DUYSE et VASSEAU, utilisant les travaux de DARESTE sur les malformations congénitales.

DARESTE a montré que lorsque l'amnios subit un arrêt de développement alors que l'embryon continue à s'accroître, il se

produit non seulement des phénomènes de compression totale ou partielles (ces derniers provoquant les malformations localisées), mais encore des adhérences entre les parties de l'embryon comprimées et l'amnios.

Ces adhérences seraient à l'origine des dermoïdes comme des brides.

C'est ainsi que VAN DUYSE considère les dermoïdes comme des débris de brides amniotiques.

Voici les conclusions de cet auteur : « Le colobome de la paupière est dû à une adhérence pathologique intra-utérine, circonscrite, temporaire, entre l'amnios d'une part et le tégument externe qui recouvre chez l'embryon la vésicule oculaire.

Cette adhérence entrave partiellement le développement normal de l'une des paupières ou des deux. Le dermoïde épibulbaire, qui accompagne dans la majorité des cas l'anomalie palpébrale, correspond au point où une bride amniotique circonscrite demeure souvent soudée avec la membrane qui s'étend au devant de l'œil fœtal.

Les dermoïdes en question s'observent également sur la paupière (cas de TALKO) et dans la région sous-sourcillière (cas de SLEICH), expliquent les fissures de la paupière correspondante par leur seule position, lorsque l'œil est indemne de toute lésion. Ils n'excluent pas l'existence d'autres productions sur le globe oculaire (cas de TALKO).

S'il n'existe aucun dermoïde ni sur l'œil ni sur les paupières, c'est que la cause productrice du colobome palpébral peut avoir disparue trop tôt, ne laissant que peu ou pas de trace de son existence sur ou au pourtour de l'œil (rupture précoce d'adhérence). »

L'amnios a pu également contracter des adhérences avec les fentes embryonnaires et occasionner ainsi des troubles de développement tant au niveau de la lèvre supérieure que des paupières, favoriser des fissures, des atrophies partielles. »

« On a pu constater en effet, d'une part des brides oculaires encore en place, d'autre part des lambeaux d'amnios flottant sur les bords irréguliers des fentes faciales persistantes chez le fœtus. »

THÉORIE DE LANNELONGUE.

LANNELONGUE admet la théorie de DARESTE sur les adhérences mais cependant il estime qu'on ne doit pas abandonner complètement les conceptions primitives de RYBA. Elles expliquaient le siège électif des dermoïdes : si les adhérences se font de préférence sur la partie moyenne de la cornée, ne serait-ce pas parce que cette zone la plus souvent découverte est par ce fait même plus exposée à des contacts extérieurs.

THÉORIE DE VASSEAUX.

La question de la localisation du dermoïde était assez facile à expliquer et la formation de l'adhérence était rendue compréhensible par les suggestions de DARESTE ; par contre, l'enclavement des éléments ectodermiques dans la conjonctive et au niveau du limbe restait pleine d'obscurité, VASSEAUX proposa à ce sujet une fort ingénieuse explication. Il admet certes le fait de l'adhérence de l'amnios au limbe, mais il lui fait jouer un rôle très particulier.

Cette adhérence arrêtant les bourrelets palpébraux dans leur marche l'un vers l'autre, provoquera l'invagination et le rebroussement des éléments épithéliaux qui vont souder la paupière au bulbe.

Mais alors la lame mésodermique, déviée de son trajet normal au niveau de la bride et continuant à se développer, va donc repousser peu à peu les cellules épithéliales au niveau de la bride et s'invaginer sous la conjonctive. C'est ainsi que se forme le dermoïde. Le dermoïde est donc un véritable « îlot de paupière » invaginée sous la conjonctive. Et l'on comprend immédiatement que les éléments de la paupière plus ou moins développés pourront se retrouver dans le dermoïde.

Cette théorie particulièrement séduisante explique non seulement la présence de brides et la structure du dermoïde, mais encore la formation d'un colobome de la paupière, puisque, dit LAGRANGE, « la portion du mésoderme invaginé sous la conjonctive doit faire défaut à la paupière ».

En résumé :

MANZ et VAN DUYSE pensent que le dermoïde procède directement des éléments restants des brides et adhérences amniotiques, l'amnios et l'ectoderme ayant une origine commune : le feuillet externe du blastoderme. VASSEAUX n'admet pas la transformation des éléments amniotiques en tissu dermoïde et il considère la bride comme la cause seulement d'une invagination de la paupière sous la conjonctive.

FORMATION DES BRIDES AMNIOTIQUES

Les expériences célèbres de DARESTE ont ouvert la voie à nos connaissances tératologiques.

DARESTE réussit à produire artificiellement des monstres en modifiant les conditions physiques et physiologiques du développement des œufs d'ovipares.

Il lui suffit par exemple d'entraver les échanges gazeux en vernissant un point déterminé de la coquille, de hâter ou de retarder les phénomènes d'incubation en faisant choix d'œufs pondus depuis plus ou moins longtemps, ou bien encore en élevant ou en abaissant brusquement la température du milieu ambiant.

Chez les mammifères, si les phénomènes sont plus complexes, ils n'en obéissent pas moins à des lois identiques. L'œuf fécondé demeure dans la cavité utérine étroitement et intimement uni à l'organisme maternel dont il subit les répercussions. Qu'un incident survienne dans l'équilibre physiologique de la mère, dans son milieu humoral, ou au contraire localement, que le développement harmonieux de l'utérus gravide et des membranes qu'il contient soit troublé, et il en résultera des modifications importantes de la nutrition et de la croissance fœtale.

Deux mécanismes jouent principalement : l'un, celui de la compression, l'autre, constitué par les altérations soit de l'amnios soit du tégument fœtal.

Nous allons très rapidement rappeler les causes qui peuvent provoquer l'entrée en jeu de l'un ou l'autre de ces mécanismes.

Causes extrinsèques :

Dans ce groupe rentrent les traumatismes de toute sorte qui peuvent porter sur l'utérus, qu'ils agissent directement ou par action réflexe. Nous n'insisterons pas davantage sur le premier mode de production qui semble bien démontré dans certains cas. L'action réflexe du traumatisme a été invoquée : une contraction utérine pourrait provoquer des lésions de compression, des altérations épithéliales de l'amnios, d'où adhérences consécutives.

Causes extrinsèques :

« Si la quantité de liquide amniotique, écrit TARNIER, est insuffisante au début de la grossesse, il pourrait en résulter, suivant certains auteurs, des adhérences entre le fœtus et les membranes, la formation de brides amniotiques, la production d'amputations congénitales. » Or la quantité de liquide amniotique est normalement très faible dans les premiers temps de la gestation.

La position du fœtus n'est pas non plus indifférente : pendant les six premiers mois de la grossesse c'est au fond de l'utérus, dans une corne utérine, que se loge la tête fœtale, et le segment supérieur de l'utérus se contracte plus facilement et plus énergiquement que le secteur inférieur. La tête est donc plus que toutes les autres parties du corps exposée à des phénomènes de compression. (Il en va de même des bras et voilà pourquoi l'ectromélie s'observe isolément aux membres supérieurs, tandis que l'ectromélie des membres inférieurs implique celle des autres.)

Certaines anomalies utérines comme l'utérus bicorne favorisent certainement la production de ces adhérences (obs. de LAPERSONNE) ; il peut en être de même pour des affections acquises : utérus fibromateux, métrites ou lésions annexielles.

De son côté, l'organisme maternel peut être le siège d'une lésion toxique ou infectieuse.

Les germes pathogènes et les toxines lèsent le filtre placentaire et affectent la nutrition fœtale ou passent directement dans la circulation et agissent directement sur ce dernier. La syphilis, la tuberculose, les auto et hétéro-intoxications sont au premier rang de l'étiologie.

L'amnios présente d'ailleurs des signes fréquents d'infection. Parlant des brides amniotiques, MONTGOMÉRY écrivait qu'elles étaient formées de lymphie plastique : « Elles sont complètement analogues aux brides et adhérences qu'on observe sur les séreuses dans la plèvre, dans le péritoine, elles ont un aspect fibrineux mais ne présentent jamais de vaisseaux, on est frappé de leur solidité. »

Semblables par leur structure, leur origine est la même ; comme les adhérences pleurales et péritonéales, elles résultent d'une inflammation. L'amniotite se caractérise tout d'abord par une desquamation eudothéliale et c'est du contact de ces deux membranes dénudées, conjonctive et amnios, que naît l'adhérence. Ainsi donc la compression et l'infection sont les deux éléments principaux qui président à la formation des brides amniotiques. Ce qui explique l'intérêt des recherches effectuées parmi les ascendants et la fréquence des antécédents spécifiques éthyliques et toxiques.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Les dermoïdes, tumeurs normalement bénignes, n'entraînent pendant toute la jeunesse qu'une gêne très minime. C'est à la période pubertaire seulement que les malades commencent à être gênés par l'apparition de poils poussant à leur surface. L'irritation provoquée par ces poils gêne bientôt considérablement le malade et le contraint à l'intervention.

Le pronostic est donc, en dehors des complications, fonction du résultat thérapeutique.

Le traitement consiste en l'ablation pure et simple de la tumeur. Elle se fait avec un couteau très effilé et l'on doit ménager au maximum la cornée au cours de cette intervention. C'est là toute la difficulté de l'opération, étant donné l'adhérence souvent intime des tissus, cette exérèse n'est pas toujours aisée. La cornée bien souvent entamée se cicatrise en formant un leucome plus ou moins épais dont le siège conditionnera la gêne fonctionnelle.

Une ablation trop complète peut aussi prédisposer aux staphylomes cornéens par diminution excessive de l'épaisseur de cette paroi.

Une seule intervention suffit et les récurrences n'existent pratiquement pas ; parfois voit-on seulement se former quelques bourgeons charnus, facilement cautérisés.

La vision post-opératoire, étant données les malformations associées, est cependant rarement parfaite. Voici les résultats obtenus par les auteurs qui les ont mentionnés :

PFINGST	80 %.
TICHO	moins de 1/10.
AURAND	compte les doigts.
VOLMER	acuité 5/25.
MILLER	amélioration notable.
CALHOUN,	bon résultat.

CONCLUSIONS

Une notion fondamentale se dégage de l'étude des dermoïdes oculaires, c'est celle de la complexité du développement de l'extrémité céphalique de l'embryon, puis du fœtus, dont la région oculaire, particulièrement sensible, occupe un point extrêmement vulnérable.

La production d'adhérences aurait lieu dès le 3^e ou 4^e mois de la vie intra-utérine, les facteurs morphogénétiques doivent donc agir pendant ce court laps de temps, les malformations associées peuvent être, soit le plus souvent contemporaines, soit postérieures, mais participent à la même genèse.

L'identité de structure entre la tumeur dermoïde et le bord palpébral domine toutes les considérations anatomo-pathologiques et éclaire d'un jour singulièrement lumineux la question d'origine.

BIBLIOGRAPHIE

- ALESSI. — Un cas de lipome sur l'hémisphère antérieur du globe de l'œil. *Annales d'Oculistique*, 1882, p. 41.
- Ammon. V. Walther's und V. Ammon's Journ., Bd. LXXXI, p. 96 1843.
- ARLT. — Soc. de Méd. de Gand, 2 août 1882. Id VAN DUYSE.
— Die Kraukheiten des Auges. Pragues, 1851, Bd. I, 5. 171.
- D'AUDIBERT CAILLE DU BOURGUET. — Soc. de méd. militaire française, Bull. mensuel 23, 1929, p. 180.
- AURAND. — *Lyon Médical*, 1922, CXXXI, p. 222.
- BASSIN (R.). — *Lijecn vjes*, 1932, 54, p. 561-562.
- BAR et HÉNON. — Présence du bacille de Koch dans la veine ombilicale de fœtus humains issus de mères tuberculeuses. *Bulletin de la Société de Biologie*, juin 1885.
- BERGMEISTER. — Angeborene Dermoiden der Cornea beider Augen. *Soc. med. Vienne*, 12 juin 1884.
- BENEDICT. — *Hanbuch der prakt. Augenheilkunde*. Bd. III, 5. 203.
- BLANC. — Les anomalies chez l'homme et les mammifères.
- BÖGEL. — Über das subconjunctival lipome. *Graef's Archives*, 1886, XXXII, 15 ; 129 ff.
- BOULLEY. — *In* DESMARRES, t. II, 1855.
- BRUNS. — *Handb der prakt. Chir.*, I p. 262. Tübingen, 1859, Atlas, 1857, pl. VI, fig. 32.
- BURCHARDT. — Ein Fall von dermoid der Bindehaut des Auges. *Centralbl. f.f. Augenh.*, mars 1884.

- BUTLER (T.H.). — *Arch. Opht.*, IV, LIII, p. 469-470. 1923.
- CALHOUN (F.P.). — *Amer. Journ. of Ophtal.*, sept. 1924, p. 669.
- CHAN (E.). — *American Journal of Ophtalmology*, juin 1932, 15, pp. 525-526.
- CHANAUD. — Les tumeurs mélaniques de la conjonctive. *Thèse de Bordeaux*, 1900.
- CHECHIK (E.A.). — Kunina et E.F. Levkœva *Sovet Vestnik Oph.*, 6 ; 1935, pp. 776-789.
- CLAYS. — Tumeurs lipomateuses de l'œil. *Annales de la Société de Médecine de Gand*, 1880.
- COLLOMB. — Contribution à l'étude des tumeurs congénitales. *Soc. française d'Ophtalmologie*, mai 1905.
- COMPOS (E.). — *Brazil med.*, Rio-de-Janeiro, 1919, XXXIII, p. 275
- CORRADO, HORNER (W.D.) et CORDES (F.). — *American Journ. of Ophtalmology*, déc. 1929, pp. 959-964.
- COSTE. — Histoire générale et partielle du développement. Paris, 1837.
- DARESTE. — Recherche sur la production artificielle des monstruosités. (Reinwald et Cie, Paris, 1876.)
- DAVIDSON. — Large coloboma of the upper cyclid. *Medic. Times and Gazette*, t. I, 1875, p. 169.
- DEMOURS. — Traité des maladies des yeux, t. II, p. 448, 1818 ; pl. xxxix, fig. 3 ; pl. lxiv, fig. 1.
- DERBY (Richard). — *Transactions of America Ophtalmic Society*, New-York, 1878.
- EDWARDS. — Art. *Hétérotypie* in LITTRÉ et ROBIN
- EMMERT. — Congénitales Dermoid in centrum der Hornhaut eines Kalbes. *Corresp. bl. f. schweizer Aerzte*, 1873, pp. 127-129.
- ERBEN. — *Klin. Monatsbl. f. Augen.*, Stuttg., 1923, LXXI, pp. 358-362.
- EWETZY. — Sur le lipodermoïde de la conjonctive. *Arch. d'Ophtalmologie*, 1896. (Traduit du *Centralblatt für praktische Augenheilkunde*.)

- FAIRCLOUGH. — *Australian and new Zealand J. Surgery*, avril 1934, 3, pp. 358-390.
- FARINA (F.). — *Giorn. di Ocul.*, oct. 1926-7 ; 1909 ; 113.
- FICANO. — *Annali di Oftalmologica*, 1885.
- FROMMULLER. — *V. Ammon's und V. Walter's Journ.* Bd. XXXII, 5. 180, Taf. 1, fig. 5.
- GALEZOWSKI. — Lipomes de la conjonctive. *Journal d'Ophthalmologie*, 1872.
- GALLEMAERTS. — *Annales d'Oculistique*, Paris 1919, CIV, pp. 216-218.
- GALLENGA. — Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la conjonctive et de la cornée. *Ann. d'Ocul.*, 1885.
- Nuovo contributo allo studio die tumore congeniti della conjunctiva. *Annali di Ottalmo.*, t. XVIII, p. 241.
- GAYET. — Article *Cornée* du dictionnaire encyclopédique, t. XX, 1^{re} partie, p. 569.
- DE GRAEFE (A.). — Ueber trichosis bulbi. In *Graefe's und Walther's Journ.*, Bd. IV, S. 134-139, tab. III, fig. 1 et 2, 1822.
- Augeborene mit zahlreichen, Haaren versehen Geschwulst auf der Hornhautgranze. *Arch. f. Opht.*, 1857, I, 2, p. 287.
- Ein Fall von colobom beider Lider, der Nase mud der Lippe. *Arch. f. Opht.*, 1858, t. IV, 2, p. 269.
- Zur Casuistik der Tumoren Dermoïde. *Arch. f. Opht.*, X, 1, 1864, p. 214.
- Ungewöhnliche, Formen von Dermoïde. *Arch. f. Opht.*, Bd. XII, 1868, 2 S., p. 227.
- *Berliner medicinische Gesellschaft Sitzung vom 15 déc. 1869.* In *Berlin. Klin. Wochenschrift*, n° 9, 28 fevr. 1870. (Cas rapporté par SWANZY, in *Brit. med. Journ.*, 1871, I, p. 502.)
- *Arch. für Opht.*, VII, 2, p. 6.
- GREEVES. — *Royal Lond. Opht. Hosp. Rep. Lond.*, 1914, XIX, part. III, pp. 432-441.
- GUINARD. — Précis de tératologie. Anomalies chez l'homme et chez les animaux.
- GULZ. — *Oesterseichische medicinische Wochenschrift*, 1843, n° 23, p. 621.

- HERGOTT. — Tuberculose et gestation. *Annales de Gynécologie*, juillet-août 1891.
- HEYFELFER. — *Deutsche Klinik*, 13 juillet 1850, n° 28.
- HIMLY (K.). — *Himly's und J. A. Scheindt's Ophtalmologisch Bibliothek*. Bd. II S. 199.
- HIMLY. — Die Krankheiten und Missbildungen des menschlichen auges, herausgegeben von E.A. W. HIMLY. Berl., 1843, Bd. II, S. 20.
- HIRSCHBERG (J.). — Ein Fall von Hornhaut tumor nebst multiplen Hautgeschwüren von gleicher Structur (fibroma lipomatode) mit S. Tafel. *Arch. f. Augen. u. Ohrenh.*, 1874, IV, 1 pp. 63-68.
- HIRSCHBERG et BIRNBACHER. — Beiträge zur Pathologie des Sechorgaus. *Centralbl. f. pr. Augenh.*, oct. 1883.
- HORNER. — Colobom des Augenlids Zahberiche Dermoïdgeschwulste. *Klin. Monatsbl. f. Aug.*, 1864, p. 190.
- KALT. — Sur une tumeur bénigne de la conjonctive bulbaire. *Arch. d'Opht.*, 1889.
- KIRMISSON. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale, 1898.
- KEY. — *Arch. Opht. de New York.*, 1922, li. 401.
- KOLACNY (J.). — *Bratisl., lekar. listy*, janv. 1936, 16, pp. 40-42.
- KRANZ (H.W.). — *Graefes Arch. fur Opht.*, 1927, 118, p. 167.
- LAGRANGE. — Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes, 1901.
— Traité des tumeurs de l'orbite, de l'œil et des annexes. Paris, 1904.
- LAMB (H.D.) et HARDY (W.F.). — *Am. J. Opht. St-Louis*, 1916, XXXIII, pp. 321-324.
- LANNELONGUE. — *Bull. Soc. Chir.*, 1881.
— Traité des kystes congénitaux. (Paris, 1900, t. I.)
— Bride congénitale interpalpébrale avec adhérence au globe oculaire, céphalématome. Obs. inédite.
- LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux. (Paris, 1886)

- LABOURET. — Contribution à l'étude des dermoïdes de l'œil. (*Thèse de Paris*, 1885.)
- LEBLANC. — Ferrussac. *Bull. de la Soc. de Méd.*, 1928, p. 108.
- LECOQ. — In GIRARD, *Recueil de médecine vétérinaire*, t. I, p. 84.
- LERCHE. — In M. J. A. Schon's, *Handbuch der pathologischen Anatomie des menschlichen Auges*. Hamb., 1828.
- DE LEW (père). — Cité par DE LEW (fils). Trichiasis carunculæ lacrymalis. *Med. Zeit. des Vereins f. Heilk. in Preussen*, n^o 51 et 59. — Et dans CORNAZ : Abnormités congénitales de l'œil. *Ann. Ocul.*, 1850 et 1852.
- LINATI (Carlo) et VISCONTI (Achilli). — *Giornale d'Oftalmologia italiano*, 1866.
- LOPATINE. — Dermoïde de la conjonctive. *C. R. Soc. de Médecine de Caucase*, n^o 12, année XXI.
- MACKENSIE. — Maladie des yeux (4^e édition, 1856, t. I, p. 362).
- DE MARBOURG (Robert). — *V. Walther's und V. Ammon's Journ.* Bd. XXXII, 5. 38. Taf. 1, f. 1-4.
- MAGUE. — *Gazette des Hôpitaux*, 1852.
- MARIOTTI (C.). — *Giornale di Oculist.*, 1922, III, p. 73.
- MASARS DE CAZÈLES (M.). — Sur quelques hémorragies et particulièrement sur un poil qui a pris naissance dans le globe de l'œil gauche, et qu'on est obligé d'arracher plusieurs fois. *Journ. de Médecine*, avril 1766, t. XXIV, p. 332.
- MAUCHART (B.D.). — In J.J. CANCERER : Diss. de conjunctivæ et cornea oculi tunicarum vesiculis et pustulis, § 13, 1742, Wiede abgedruckt. (In Ch. F. REUSS dissert, *medicæ selectæ tubge* VII, p. 160.
- MANZ. — Fall von missbildung am Auge. *Graefe's Arch. f. Opht.*, 1868, t. XIV, 2, p. 145.
- MILLER (I.M.). — *American Journ. of Opht.*, n^o 9, sept. 1924, vol. 7, pp. 702-704.
- MOUSSELEWITSCH (A.). — *Klin. Mbl. f. A.*, 1927, 7. 73, p. 384.
- MULLER (E.). — Veruca conjunctivæ auf beiden Augen. *Arch. f. Opht.*, t. II, 1865, tabl. 2, p. 135.

- NAROG. — *Gazeta Lekarska*, 1925, n° 30.
- NOBBES. — Ueber die lipodermoïde der conjunctiva. *Archiv. für Ophthalmologie*, L, XLIX, p. 334.
- NUEL. — Un cas de colobome de la paupière supérieure et des sourcils. *Arch. d'Ophth.*, 1881.
- O BECKER. — *Wiener Med. Woch.*, n°s 16 et 18, 1863.
- ŒLLER. — *Archiv. f. Aug. Von Knapp und Hirschberg*. 1881, Bd. X, Abl. 2.
- OSBORN (S.). — Cystie and dermoïd tumours of eye. *Saint-Thomas Hospit. Report New series*, 1873, vol. VI, p. 69.
- PAGENSTECHEr et GENTH. — Atlas der path. Anat. des Auges, 1874.
- PANAS. — Dermoides de l'œil. *Union Médicale*, juillet 1885.
— *Traité des maladies des yeux*. (Paris, 1894.)
- PANAS et ROCHON DUVIGNEAUD. — Recherches anatomiques et cliniques sur le glaucome et les néoplasmes oculaires. (Paris, Masson, 1898.)
- PARINAUD. — Dermo-Épithéliome de l'œil (tumeur non décrite). *Arch. d'Ophthal.*, juillet-août 1884.
- PARISOTTI. — Histologie pathologique de l'œil. (Paris, Baillères, 1904.)
- PICQUÉ. — Observation inédite, clinique de M. le Prof. RICHET, 16 déc. 1884.
— Affections congénitales de l'œil. *Thèse d'Agrégation*, Paris, 1886.
- PFINGST (A.O.). — *South M. J. Nashville*, 1916, IV, p. 657.
- PLUGER. — *Union centrale méd. pharmaceutique de Berne*, 1882.
- POSEN (W.C.). — *Tr. Coll. Phys. Phila.*, 195, 35. XXXVII, p. 410.
- POLAILLON. — *Bulletin de la Société Anat. Paris*, 1874, p. 12 et 14.
— *Soc. Chir.*, 24 janvier 1874; *Gaz. des Hôp.*, 14 et 17 mars 1874; L.E. DUPUY, *Bull. de la Soc. Anat.*, 1874, p. 12 et 14.
- PONCET (F.) (de Cluny). — Rapport sur un cas de dermoïde dû à M. BRIÈRE, du Havre. *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 25 avril 1883, t. IV.
- PRINZ. — *V. Ammon's Zeitschrift für Ophth.*, B. II, s. 114.
- QUESNEL. — Essai sur la pathogénie des dermoïdes et dermolipomes du globe de l'œil. *Thèse de Paris*, 1903.

- REYMOND. — Tumeurs congénitales de la cornée et de la sclérotique. *Annales d'Oculistique*, 1885, t. XCIV, p. 215.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'Obstétrique. (Paris, Masson, 1897.)
- RICHARD (Derby). — *Transactions of the American Ophthalmic Society* (New-York, 1878).
- RICHTER. — *Aufangsgründe der Wundarzneikunst*, 3 Bd. Gottingen t. 153, 1795, p. 158.
- RISLEY (S.D.). — Dermoid cyst of left cornea. *Pathological Society of Philadelphia*, march 25, 1880. In *Med. Times*, June, 19, 1880.
- RIZET. — Kyste pileux de la conjonctive oculaire. *Ann. d'Ocul.*, 1866, t. LV, p. 29.
- ROGMAN. — Lipomes sous-conjonctivaux. *Annales d'Oculistique*, 1898, LXCIX, p. 81.
- RYBA. — Ueber dermoidgeschwulste der Bindehaut. In *Prager Viertel jahrschrift*, 1853, t. X, p. 3.
- SANTOS (Fernandez). — *Ann. de Oftal.*, Mexico, 1913-14, XVI, pp. 97-105. — *Medical Rec.*, N.-Y., 1914, t. XXXV, pp. 55-57.
- SCHIESS (Gemusens). — Dermoides de la caroncule. *Klin. Monatsbl.*, pp. 135, 1877.
- SCOCCIANTI. — *Annali di Ottalmologia e Clinica Oculistica*, 1925, t. LIII, pp. 255-257.
- SOEMISECH. — *Archiv. für Ophtal.*, X 1, 5, 215.
- SOWERS (A.). — *J. Ophtal., Otol. et Laryngol.*, Phila., 1922, XXVI, pp. 412-417.
- SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE PARIS. — 1925, *Compte rendu*.
- STALLARD (H.B.) and MARTIN (P.P.). — *British Journal of Ophtalmology*, oct. 1931, 15, pp. 580-584.
- STARK (H.H.). — *American Journ. of Opht.*, 1919, p. 5.
- STEFFAN. — *Elfter Jahresb. der Augen heil austalt in Francfort*, 1873, p. 36.
- STRAWBRIDGE. — Un cas de tumeur dermoïde de la cornée. *Opht. surgeon of Philadelphia*, et *The Americ. J. of the med. Soc.*, 1873, n° 129, pp. 106-109.

SZOKALSKI (V.). — *Walther's und V. Ammion's Journ. für Chirurgie und Augenheilkunde*. Bd. XXXI, s. 90, Taf. 1 f. 4 et 5.

TALKO. — Lipo-chondro-adenoma bulbi. *Zehender's Monatsblätter*, 1888.

— Zivei Fülle von congenitalen Coloboma palpeprarum. *Klin. Monatsbl. f. Aug.*, 1875, 202.

TALIAFERO. — Treatise of the Deseases of the eye, 1854. *Ed. American of Lawrence*.

TALIAFERRO (W. T.) (de Cincinnati, Ohio). — *Hays Americ., édit., of Lawrence, Treatise on the Diseases of the Eye*, p. 341. Philadelphie, 1854.

TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. — *Traité de l'art des accouchements*, t. II.

THALBERG. — 1884.

TICHO (A.). — *Arch. f. Augenh. Wiesb.*, 1919, LXXXV, pp. 226-230.

TILLAUX. — Sur la pathogénie des dermoïdes de l'œil. *Union Médicale*, juillet 1883, n° 104.

TREROTOLI (G.). — *Giorn. di Oculist.*, 1922, p. 1.

TRUC et VALUDE. — Nouveaux éléments d'Ophthalmologie, 1896.

TUAILLON. — *Thèse Lyon*, 1923.

VAN DUYSE. — Macrostomes cong. avec tumeur préauric. et dermoïde de l'œil. *Ann. de la Soc. de Méd. de Gand*, t. LV, 1882, p. 141.

— Bride dermoïde oculo-palpébrale et colobome partiel de la paupière. *Ann. de la Soc. de Méd. de Gand*, 1882.

— Note sur un cas de lipo-dermoïde sous-conjonctival du pli semilunaire. *Annales de la Société Médicale de Gand*, 1882.

VAN DUYSE et BRIBOSIA. — *Arch. d'Ophtal.*, 1895, p. 657.

VASSAUX (G.). — Quatre cas de dermoïdes de l'œil. *Arch. Opht.*, 1883, t. III, p. 16.

VIRCHOW. — Das einfache Dermoïd des Auges. *Arch. f. path. anat.*, 1854, t. VI, n° 4, p. 55.

VOMER (W.). — *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, 1924, I, 72, p. 181.

- WARDROP. — Cas observé avec le Dr MOURO. Essays on the morbid anatomy of the human eye, 1808.
- Cas de CRAMPTON de Dublin.
- Observation du Dr BARON DE ST-ANDRÉ. Essays on the morbid anatomy of the human eye, 1808.
- WECKER (de) et LANDOLT. — Traité complet d'ophtalmologie. (Dela-haye, Paris, 1889-90).
- WECKER (de). — Traité complet d'Ophtalmologie, art. *Dermoïde de la conj.*, 1878, t. I, p. 417 ; art. *Coloboma palpébral (Schizoblé-pharie)*, t. I, p. 239, 1878.
- WECKER (de) et MASSELOU. — Manuel d'Ophtalmologie.
- WEIDLER (W.B.). — *Arch. Ophth.* N.-Y., 1922, p. 404.
- WHITE COOPER. — *Medical Gazette*, vol. XXIX, p. 278. London, 1841.
- WICKERKIEWICZ. — Ein Fall von beiderseitigen Corneos. clorolder-möid. *Centralbl. f. p. Augenh.*, janvier 1884.
- WOLF. — Dermoïd der Karunkel. *Zehender's Monatsblätter*, 1891, Bd. XXIX s. 433 f.f.
- ZELLENDORF. — Contribution à la casuistique des colobomes pal-pébraux congénitaux. *Archives d'Ophtalmologie*, 1895.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	7
Introduction	9
Historique	11

CHAPITRE PREMIER

Etude analytique	15
1 ^o Observation personnelle	15
2 ^o Autres observations	19
Lipodermoïdes	38
Tumeurs dermoïdes observées chez les animaux	44
Tableau synoptique général	46

CHAPITRE II

Etude synthétique	63
Etiologie	63
Etude clinique	66
Malformations associées	71
Complications	74

CHAPITRE III

Anatomie pathologique	75
-----------------------------	----

CHAPITRE IV

Les étapes du diagnostic	83
Tumeurs malignes	83
Tumeurs bénignes	84

CHAPITRE V

Pathogénie	89
Formation des brides amniotiques	96

CHAPITRE VI

Pronostic et Traitement	99
Conclusions	101
Bibliographie	103

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant pour
titre :

*Tumeurs Dermoides de la Cornée
et de la Conjonctive,*

par M. Robert GUIGNOT.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 5 Janvier 1938.

Le Professeur,

VILLARD.

Vu :

Montpellier, le 10 Janvier 1938.

Le Doyen,

EUZIÈRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 11 Janvier 1938.

Pour le Recteur,

le Doyen Délégué :

ASTRUC.

